20

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 novembre 1909, à 1 heure

Par **Achille FASSOU**

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Interne des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉTATS MÉLANCOLIQUES

AU DÉBUT DE LA

DÉMENCE PRÉCOCE

Président : M. BRISSAUD, *professeur.*

Juges : MM. DÉJERINE, *professeur.*
MARCEL LABBÉ et SICARD, *agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)

(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1909

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE, M. LE DOCTEUR SOUQUES

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

ET A MA TANTE, MADAME SOUQUES

A MES PARENTS ET AMIS

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une certaine émotion, au moment de la terminaison officielle de nos études, que le souvenir nous revient de tous ceux qui ont contribué à former notre éducation médicale.

Nous devons, avant tout, exprimer nos meilleurs remerciements à notre oncle, M. le Dr Souques, médecin des hôpitaux de Paris ; pour nous avoir, à tous les instants, aidé de ses conseils si autorisés, et soutenu de sa sollicitude si dévouée, nous tenons à lui dire ici notre profonde et inoubliable reconnaissance.

Avant de commencer notre externat, nous avons suivi le service du très regretté Dr Lamy. C'est un pieux devoir, pour nous, que de rendre hommage à la science et à la bonté de notre premier maître dans les hôpitaux.

Nous avons fait six mois de stage, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Barth, qui s'est appliqué à nous familiariser avec les difficultés de la clinique médicale.

A l'hôpital Saint-Louis, nous avons trouvé chez M. le Dr Arrou, chirurgien des hôpitaux, un maître aussi

bienveillant que distingué ; et, si l'évocation de notre première année d'externat nous est toujours douce, c'est bien à lui que nous le devons.

M. le Dr Legry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, en nous recevant dans son service, à l'Hôtel-Dieu annexe, nous a témoigné une bienveillance toute amicale ; nous ne saurions trop remercier un clinicien aussi éclairé, un histologiste aussi remarquable, d'avoir mis, à notre portée, les vastes connaissances de son esprit.

M. le Dr A. Bergé nous a réservé dans son service un accueil charmant ; nous avons toujours goûté la vivacité et la sûreté de son diagnostic.

Nous sommes très reconnaissant à M. le Dr Le Noir de nous avoir admis à suivre, pendant un an, son très intéressant et très animé service de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans ce même hôpital, nous avons fait notre stage d'accouchement sous la haute direction de M. le Dr Dolléris en qui nous avons rencontré, harmonieusement réunies, une simplicité admirable et une science qui fait autorité.

Notre premier maître, dans les Asiles, a été M. le Dr Kéraval ; pendant les quelques mois que nous avons passés avec lui, nous avons pu apprécier sa profonde érudition dont nous aurions voulu profiter plus longtemps.

Que M. le Dr Bonnet, dont nous avons été l'élève pendant deux mois seulement, reçoive l'expression de toute notre reconnaissante sympathie.

Il nous est très agréable de dire à M. le Dr Leroy, dont nous aurons été l'interne pendant un an et demi, combien nous avons été touché par la bienveillante amitié qu'il nous a témoignée, dès son arrivée dans le service. Sous sa haute compétence, et dirigé par ses judicieux conseils, nous nous sommes intéressé à l'art difficile d'étudier et de soigner les maladies mentales ; qu'il nous permette de lui conserver une grande reconnaissance.

Tous nos remerciements, aussi, à M. le Dr Rogues de Fursac chez qui nous avons souvent admiré les connaissances étendues d'un esprit à la fois clair et brillant ; nous nous en voudrions de ne pas rendre à sa serviable amabilité l'hommage que nous lui devons.

Mlle le docteur Pascal, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, a été pour nous un guide précieux dans l'élaboration de ce modeste travail : nous lui sommes très reconnaissant des conseils si compétents qu'elle nous a donnés sur le sujet qui va nous occuper.

Que M. le professeur Brissaud veuille bien recevoir nos plus respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Au début de ce travail, nous désirerions présenter quelques considérations générales sur la Démence précoce, envisagée comme entité morbide, et considérée dans ses rapports avec la dégénérescence mentale.

Sans vouloir faire ici l'historique de la Démence précoce, que Morel, le premier, a désignée de ce nom, nous croyons devoir rappeler, en quelques lignes, par quelles étapes successives cette affection est passée avant d'arriver à son édification nosologique actuelle.

La notion d'hébéphrénie, créée par Kahlbaum, est reprise par Hecker qui élève l'hébéphrénie à la hauteur d'une « maladie particulière à insérer dans le cadre des vieilles classifications ». En tant que nouvelle entité morbide, l'hébéphrénie ne pouvait pas ne pas exciter des défiances ni ne soulever des discussions. Krafft-Ebing, Schüle, Sterz, Finck, en Allemagne, Magnan, en France, rejettent l'hébéphrénie dans la dégénérescence mentale.

Quelque temps après, Kahlbaum individualise clini-

quement la catatonie, laquelle rallia quelques partisans et suscita de nombreux adversaires qui lui refusèrent toute autonomie nosologique.

Reprenant, après d'autres auteurs, l'étude de l'hébéphrénie et de la catatonie, Krœpelin les considère comme constituant deux formes cliniques de la même affection; à ces deux éléments il joint la démence paranoïde, et, ainsi se trouve établie la nouvelle affection mentale que l'on a décrite, jusqu'à présent, sous le nom de Démence précoce.

Depuis, de nombreux travaux se sont appliqués à définir, à analyser, à critiquer, parfois, les termes et les signes cliniques de la Démence précoce. Avec les travaux de M. Christian, nous retiendrons surtout les études remarquables de M. Sérieux qui s'est fait, en France, un des plus brillants défenseurs des idées de Krœpelin.

Par l'intérêt scientifique qu'elle a soulevé, par les controverses auxquelles elle a donné lieu, on peut dire que la Démence précoce a été et reste encore, dans le monde des aliénistes, une maladie à la mode ; les suffrages de plus en plus nombreux qui lui viennent de toutes parts paraissent être le plus sûr garant de sa vitalité clinique. Pourtant, il est encore de très distingués esprits qui se refusent à admettre l'individualité morbide de la Démence précoce. Nous n'avons pas à prendre parti dans le débat ; des paroles, plus autorisées que la nôtre, ont mis en relief les raisons qui étaient à l'origine de l'une et de l'autre opinion.

D'ailleurs, Krœpelin lui-même, qui a été et qui de-

meure le protagoniste le plus qualifié de la Démence précoce, se défend de vouloir imposer cette affection au monde scientifique telle qu'il l'a établie, d'après ses patientes recherches et ses travaux si documentés : et, peut-être, accepterait-il de se rendre à des arguments décisifs si on les fournissait un jour. Un avenir plus ou moins éloigné apportera-t-il ces arguments qui démembreraient la Démence précoce? Il n'est pas déplacé de le penser. Déjà, MM. Séglas, Sérieux ont vivement critiqué l'élargissement du cadre de cette affection par l'adjonction, faite par Krœpelin, du délire chronique à la démence paranoïde. Il est certain que si à la base de chacune des trois formes constitutionnelles : forme hébéphrénique, forme catatonique et forme paranoïde, on trouve, comme le disent MM. Deny et Roy, « le développement rapide d'un état durable de faiblesse mentale », il n'en est pas moins vrai qu'il paraît y avoir plus qu'une nuance entre l'aspect clinique d'un dément paranoïde, et celui d'un hébéphrénique ou d'un catatonique.

Néanmoins, quelles que soient les modifications que les recherches futures puissent apporter à la conception actuelle de la Démence précoce, il sera bien difficile de ne pas individualiser cliniquement une psychose fréquente, frappant surtout les jeunes, pouvant présenter un début et des aspects cliniques un peu différents, mais dont le terme ultime et presque toujours assez rapide est la déchéance complète des facultés de l'âme : intelligence, volonté, sensibilité.

Que l'on nous permette, maintenant, de dire quelques

mots au sujet des rapports de la Démence précoce avec la dégénérescence mentale que Morel a si brillamment édifiée, et qui a été défendue avec tant d'autorité par M. Magnan. Si la dégénérescence mentale commence à la simple obsession et ne se termine qu'à la démence précoce, avec, comme intermédiaires, une foule d'états mentaux comportant une gravité progressivement croissante, il est plutôt difficile, au point de vue clinique, de se faire une idée assez nette de ce qu'est le dégénéré mental. On pourrait dire que la dégénérescence mentale, ainsi comprise, est à la psychiâtrie ce que l'arthritisme est à la médecine générale : de notion un peu vague parce que trop vaste. Tandis que les mots plus précis de « débile », de « déséquilibré » suscitent, en notre esprit, des représentations cliniques assez nettement individualisées, il est plus malaisé de voir la figure pathologique du « dégénéré », d'autant que, au sommet de l'échelle, ce dernier peut vivre une vie presque normale. Si « les plus tarés des dégénérés sont candidats à la démence précoce », on peut se demander pourquoi ces lourdes tares, qui vont anéantir à jamais une intelligence, la laissent la plupart du temps se développer, s'épanouir, et magnifiquement parfois. Quel est donc ce facteur inconnu qui donne, tout à coup, le signal de la déchéance irrémédiable ? La prédisposition est indispensable, mais n'est pas suffisante, à notre avis, pour expliquer de pareilles ruines. L'hypothèse d'une intoxication spéciale qui déclancherait les tares héréditaires ou acquises, et s'ajouterait à elles pour conduire vers la démence l'individu prédisposé, est tout à

fait séduisante et peut donner satisfaction aux exigences de l'esprit scientifique, avide de connaître les causes des faits qu'il analyse ; mais ce sont là tout autant de problèmes envisagés, et qui ne sont pas près d'être résolus, même avec les schémas les plus ingénieux et les mieux construits.

Qu'il soit, avant tout, un dégénéré, un prédisposé, ou un intoxiqué, le Dément précoce n'en reste pas moins, par définition, un malade incurable, pouvant entrer dans la démence sous des aspects extrêmement variables avec chaque cas particulier. C'est une de ces physionomies, la physionomie mélancolique du début de la Démence précoce, que nous essayerons d'étudier dans notre travail.

CHAPITRE II

HISTORIQUE ET EXPOSÉ DE LA QUESTION

La grande fréquence des états dépressifs dans les maladies mentales, surtout à leur origine, a été remarquée de tous temps. Depuis la conception humorale d'Hippocrate jusqu'aux théories actuelles, la notion de Mélancolie a subi une série de transformations lentes. En réalité, ces transformations sont plus apparentes que réelles : la théorie ancienne des « humeurs peccantes » n'est pas tellement en contradiction avec la théorie moderne de l'intoxication. A y regarder de très près, elles ont, toutes les deux, la même base pathogénique avec, en faveur de la dernière, un appoint de précision scientifique qui manquait à la première. Néanmoins, l'évolution des esprits s'accuse avec netteté lorsqu'il s'agit de considérer la Mélancolie comme individualité morbide ; tous les auteurs, en effet, qui, depuis de nombreuses années, ont étudié cette affection, semblent d'accord pour refuser à la mélancolie pure toute originalité patholo-

gique, ou, du moins, pour insister sur la rareté de cet état mental. Nous n'en voulons pour preuve que quelques opinions émises par des auteurs qui, à de longues années d'intervalle, ont considéré la mélancolie dans quelques-uns de ses rapports avec les affections de l'esprit. En 1880, MM. A. Voisin et Burlureaux, à propos des « Rapports de la mélancolie avec la paralysie générale », écrivent: « Le jour où l'on aura prouvé que la mélancolie est aussi un symptôme de la paralysie générale, un symptôme de la folie par congestion, un symptôme de la folie par anémie cérébrale, on aura singulièrement dissocié cette prétendue unité morbide. »

M. Capgras dit, en 1900, dès les premières lignes de sa thèse : « Lorsque l'on étudie les diverses conceptions des principaux aliénistes du siècle au sujet de la mélancolie, on ne tarde pas à voir que ce groupe, d'abord excessivement compréhensif, qui englobait presque, au début, toutes les manifestations pathologiques de l'esprit a été, peu à peu, sapé par les uns, démembré par les autres, pour se réduire, en dernière analyse, à un état émotif. »

Dans son remarquable rapport « Catatonie et Stupeur » présenté, en 1903, par M. le Dr Claus au congrès de Bruxelles, le distingué aliéniste n'hésite pas à donner son opinion dans des termes précis : « Je me suis livré, dit-il, à une enquête au sujet de tous les cas de manie et de *mélancolie* que j'ai déclarés comme tels à leur entrée à l'Asile; en d'autres termes, j'ai repris pour mon compte le travail de Van Erp Taalman Kip, et le résultat de cette enquête a été désastreux pour la manie

et la mélancolie : les cas de manie et de *mélancolie pures* sont rares. »

La tendance de plus en plus prédominante est donc pour la notion de *mélancolie-syndrome*, ardemment défendue en France par le regretté professeur Joffroy, dont la conception, à ce sujet, a été excellemment résumée par M. Masselon, dans son ouvrage sur la Mélancolie. « Pour M. Joffroy, écrit cet auteur, la mélancolie est toujours un état symptomatique qui apparaît au cours d'affections plus ou moins bien déterminées. Ce que les auteurs français appellent mélancolie pure ou essentielle n'est qu'un état mélancolique dans lequel le syndrome mélancolie constitue le phénomène le plus saillant de la maladie ; mais ce syndrome n'est que l'expression psychique d'états organiques mal connus encore et pour lesquels le terme de mélancolie n'est qu'une étiquette provisoire. »

Est-ce à dire qu'il faille supprimer le mot « Mélancolie » de la nosographie psychiatrique? Les avis les plus contradictoires ont été émis comme réponse, et nous n'avons pas qualité pour les départager. Nous ferons simplement remarquer que le terme « Mélancolie » est de plus en plus remplacé par la dénomination « État mélancolique. » Cette expression est assez heureuse, peut-être parce qu'un peu imprécise, comme le sujet auquel elle s'applique ; elle nous paraît être plus scientifique en ce qu'elle permet d'unifier l'état mélancolique et l'affection psychique à laquelle il ressortit, celui-là n'étant, souvent, que la première manifestation de celle-ci. Nous allons bientôt décrire quelques-uns de ces états mélan-

coliques qui ont précédé la démence vers laquelle ils conduisaient les malades, ainsi que nous l'étudierons.

Mais ces états mélancoliques ont été fréquemment signalés au début de la démence précoce. Pinel et Esquirol avaient déjà vu qu'une phase mélancolique précédait certaines « idioties acquises », qu'on appellerait, aujourd'hui, du nom de démence précoce.

Lorsque, en 1874, Kahlbaum créa et décrivit la catatonie, il signala que le processus morbide complet évoluait en quatre stades successifs : de mélancolie simple, manie, mélancolia attonita et de démence terminale. Il constate que la durée des stades varie et que un ou plusieurs peuvent manquer; mais le début mélancolique est fréquent.

« A l'époque de la puberté, écrivait Spurzheim, beaucoup de jeunes filles d'une constitution délicate, ayant des dispositions précoces et une imagination exaltée, deviennent *mélancoliques*, inactives, indifférentes aux objets qu'elles cherchaient auparavant. Elles finissent trop souvent dans une apathie générale ou *dans la démence.* »

Schüle décrit, à son tour, deux formes de catatonie, 'une expansive, l'autre dépressive.

Krafft-Ebing, dans son *Traité des maladies mentales*, à l'article « Melancolia attonita » et au chapitre « Démence aiguë », parle d'états mélancoliques délirants rencontrés au début de ces affections.

Svetlin, en 1878, Roller en 1884, toujours à propos de la melancolia attonita en signalent, eux aussi, les phases initiales dépressives.

Daraskiewicz, en établissant que l'hébéphrénie est une démence juvénile qui ne guérit pas, note que l'hébéphrénie peut prendre, au début, une allure neurasthénique et mélancolique.

Dans toutes les éditions de son *Traité de Psychiatrie*, Krœpelin écrit que la démence précoce « commence volontiers par une période de dépression mélancolique ».

Solerini (In *Manicomio*, n° 1, 1908) signale certains états psychasténiques prodromiques de la démence précoce.

Dans un volumineux et très intéressant travail, tout récemment paru, Urstein envisage la démence précoce dans ses rapports avec la folie maniaque dépressive. Pour cet auteur, les phénomènes maniaques sont assez rares au début de la démence précoce, alors que les états mélancoliques sont rencontrés, à cette période, avec une extraordinaire fréquence.

M^lle^ le D^r^ Pascal, après avoir étudié la « pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce », a fait paraître, sur « les formes mélancoliques de la démence précoce (période initiale) » une très documentée monographie. Nous ne saurions mieux faire que de donner les résultats de l'enquête à laquelle elle s'est livrée pour établir une statistique un peu précise sur la fréquence des troubles mélancoliques à cette période. M. Meeus, sur 29 déments précoces examinés, en trouve 10 qui sont entrés dans leur démence par des phénomènes mélancoliques.

M. le D^r^ Albrecht, de Riga, après examen de 202 déments précoces, voit que la dépression a constitué le

début de la maladie dans la proportion de 53 pour 100 à peu près ; il fait remarquer, de plus, que cette dépression initiale est surtout fréquente dans la catatonie.

M. Ley, de Bruxelles, signale 11 états dépressifs sur 18 cas.

Sur 20 malades, examinés à l'asile d'Alençon, M. Baruk ne rencontre que six mélancoliques initiaux.

Dans leurs thèses, MM. Chenais et Trepsat publient des observations dans lesquelles on trouve : pour le premier auteur 7 cas de mélancolie sur 19 catatoniques, pour le deuxième, 7 cas, aussi, sur 20 malades.

M^lle^ Pascal, enfin, sur 75 déments précoces étudiés, note 35 fois des états mélancoliques à la période initiale.

Nous avons nous-même, tant à l'asile qu'à la maison de santé de Ville-Evrard, recherché la note mélancolique chez 101 déments précoces avérés, et nous l'avons trouvée 43 fois.

Après ce que nous venons de dire, si nous voulions donner un chiffre moyen général, nous dirions que la présence des états mélancoliques au début de la démence précoce est constatée dans la moitié des cas environ.

La question qui se pose maintenant est de savoir si, dès le début, ces états mélancoliques peuvent être reconnus comme symptomatiques de la démence précoce qu'ils précèdent, et sur laquelle ils peuvent jeter un voile passager. Il s'agit de savoir, en d'autres termes, si l'on peut établir, à cette période, un pronostic de gravité dès l'apparition de ces troubles neurasthéniques, mélancoliques, ou hypochondriaques. C'est ce que nous allons rechercher dans cette étude. Nous tenons à

dire que la question ainsi posée est vaste, et très délicate à traiter; nous ne saurions avoir la prétention de la résoudre formellement. Nous écarterons systématiquement de notre sujet toutes les digressions ou interprétations psychologiques. Comme le dit si bien M. P. Janet : « Il est toujours très difficile de démontrer l'existence d'un phénomène psychologique dans l'esprit d'une personne que l'on examine; la conscience n'est pas visible à l'extérieur et l'existence de tels faits peut seulement être induite d'après leurs manifestations et leurs conséquences. » Avant tout, nous nous baserons sur les constatations cliniques faites. Notre sujet impliquait, fatalement, la recherche de renseignements fournis par les familles; comme le fait remarquer Urstein, ces troubles mélancoliques initiaux sont surtout constatés avant l'internement des malades, et pour les bien connaître, il est indispensable de se documenter auprès de ceux qui les ont vu apparaître.

CHAPITRE III

DIVISION DU SUJET

Contrairement à l'habitude presque toujours observée dans l'ordonnance d'une thèse, nous commencerons tout de suite notre travail par l'exposé clinique. Puisque les observations doivent former la base des considérations générales que leur étude amènera, il nous paraît logique de les donner tout d'abord. Quelques-unes de ces observations seront immédiatement suivies de remarques qui doivent mettre en relief certains caractères cliniques importants.

L'exposé clinique terminé nous dirons quelques mots des formes sous lesquelles peuvent se présenter les états mélancoliques au début de la démence précoce.

Nous chercherons ensuite à séparer ces derniers de quelques états mentaux similaires qui peuvent prêter à la confusion ; nous devons déjà insister sur les grosses difficultés de ce diagnostic dont la partie la plus importante sera celle qui nous fera comparer les états mélancoliques démentiels avec les états mélancoliques symptomatiques de la folie maniaque dépressive.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Observation I (*Personnelle*)

Résumé. — *État mélancolique caractérisé par des idées de culpabilité, d'auto-accusation, de transformation corporelle. Idées de persécution. Deux tentatives de suicide. Démence hébéphrénique.*

Th... Louise, domestique, entrée à l'asile de Ville-Évrard le 7 décembre 1907, à l'âge de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 45 ans, de phtisie pulmonaire.

Mère bien portante.

Un frère mort à l'âge de 21 ans, de tuberculose pulmonaire.

Un second frère bien portant.

D'après l'affirmation de ce dernier, il n'y aurait jamais eu d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance.

Histoire de la maladie. — Le début des troubles mentaux remonte au mois de novembre 1907. Louise Th... était, à ce

moment, domestique chez M. C..., qui l'avait à son service depuis trois mois environ (M. C... nous a donné de longs détails sur les incidents qui ont motivé l'internement de la malade : il nous a, de plus, obligeamment communiqué de nombreux documents écrits appartenant à cette dernière, documents que nous avons mis à profit pour l'examen mental de notre pensionnaire).

Voici à la suite de quelles circonstances la vie mentale de Louise Th... s'est brusquement modifiée. Un matin, en causant à la concierge de la maison, celle-ci lui parle incidemment de cerfeuil, et lui explique que cette plante est facilement reconnaissable à ce qu'elle porte *des fleurs blanches*. A ce mot, et devant la concierge étonnée, Louise Th... entre dans une violente colère; elle remonte chez ses patrons, disant qu'elle venait d'avoir une histoire avec la concierge. « Elle m'a dit, crie-t-elle, que j'avais des *flueurs blanches*. »

A partir de ce moment, la malade qui jusqu'alors, avait fait parfaitement son service, devient triste, taciturne, demeurant des heures entières assise dans le coin le plus reculé de la cuisine, et souvent surprise les larmes aux yeux. Malgré les paroles réconfortantes que ses maîtres lui prodiguent, son état de dépression mélancolique va s'accentuant; on ne peut lui causer sans que les pleurs ne se montrent aussitôt chez elle. Une lettre anonyme, reçue sur ces entrefaites, semble accroître l'anxiété dans laquelle elle vit depuis quelques jours. Cette lettre, que nous avons lue, est un tissu d'injures banales et grossières; une phrase, à cause de son importance probable dans la genèse du délire mélancolique de la malade qu'elle paraît avoir suscité, mérite d'être rappelée : « Tout le monde sait que vous êtes « enceinte et que vous avez la vérole. »

Louise Th..., qui montre la lettre à ses maîtres, proteste énergiquement contre ces allégations mensongères, dit-elle ; elle est même un peu excitée et va se coucher en claquant les portes. Mais le lendemain, sa physionomie et ses sanglots traduisent une telle angoisse qu'on la presse de questions pour essayer d'en connaître la cause. La parole saccadée, elle commence par demander « pardon, pardon » de nombreuses fois, car, elle a commis les crimes les plus horribles ; elle dit avoir été enceinte, en effet, avoir accouché clandestinement, et être allée porter *sur le toît de la maison*, son enfant qu'elle avait étranglé quinze jours auparavant ; elle s'accuse aussi d'avoir une mauvaise maladie qu'elle aurait communiquée au plus jeune fils de ses maîtres précédents. Enfin, c'est elle encore qui serait l'auteur volontaire d'un incendie qui avait éclaté à proximité quelques jours auparavant, et elle s'imagine que les gendarmes vont venir la chercher pour la mettre en prison ; par une contradiction singulière, elle demande aide et protection contre « les ennemis » qui veulent s'emparer d'elle.

Elle supplie ses maîtres de ne pas la renvoyer, les menaçant de se « ficher à l'eau ou de se jeter sous les roues du train » si on la met à la porte. On ne la renvoie pas, mais la menace de suicide est mise à exécution le soir même : elle avale un verre d'essence minérale, laquelle est d'ailleurs rendue aussitôt en un vomissement réflexe. Le surlendemain, alors qu'elle paraissait aller un peu mieux, elle monte dans sa chambre à l'heure du déjeuner ; on entend le roulement du lit déplacé, le bruit d'un marteau qui frappe à plusieurs reprises ; on accourt aussitôt ; la porte de la chambre de la malade était demeurée entr'ouverte ; on trouve Louise Th... montée sur une chaise, un nœud coulant passé autour du cou, et occupée à fixer solidement à un clou

qu'elle venait d'enfoncer dans le mur l'autre extrémité de la corde. Pour mener à bien sa tentative de suicide, elle avait fait le choix étrange de l'emplacement de son lit, qu'elle avait retiré jusqu'au milieu de la pièce. Vigoureusement sermonnée, Louise Th... dit qu'elle désire la mort parce qu'elle a commis des crimes et pour échapper aux ennemis qui la poursuivent et veulent la tuer.

Il est important de noter que, sur la chaise où elle était montée pour se pendre, elle avait déposé un morceau de papier où étaient écrites quelques lignes qui devaient avertir sa mère de son suicide. Voici, scrupuleusement recopiés, dans leur sèche intégralité, ces quelques mots :

« A Mme Th...

Je suis une criminelle ; je suis trop malheureuse; on veut venir me prendre et on cherche à m'empoisonner. Je vais me tuer. »

Et c'est tout.

Amenée à l'hôpital de la Charité quelques jours après, la malade en sort bientôt pour être dirigée sur Sainte-Anne, avec cet avis que M. le Dr Roger écrit le 3 décembre 1907 : « *Mélancolie* avec idées de persécution ; refus d'aliments par crainte d'empoisonnement, trouble le repos des malades. »

A Sainte-Anne, elle est examinée le 4 décembre par M. le Dr Magnan qui rédige le certificat suivant : « Est atteinte de *délire mélancolique* avec hallucinations, idées de persécution ; on l'injurie, on voulait l'empoisonner, refus d'aliments, *tendance au suicide* ».

Et M. le docteur Kéraval, le 7 décembre 1907, lors de l'arrivée de la malade à Ville-Évrard, note le « *délire mélancolique* avec hallucinations probables, attitude emphatique, langage automatique, excitation intermittente ».

A la quinzaine, le *délire mélancolique* est toujours signalé accompagné des mêmes signes déjà graves et presque symptomatiques que relate le certificat précédent.

D'après les notes, consignées dans l'observation de la malade, l'état de dépression mélancolique qui était le sien, à son entrée, a persisté jusqu'en février 1908, de plus en plus noyé au milieu des autres idées délirantes, surtout des idées de persécution.

Les idées d'auto-accusation font place à des idées de transformation corporelle, liées vraisemblablement à des troubles de la sensibilité générale ; elle a « tout le corps en vapeur, en vapeur énorme ; bientôt, plus rien n'existera d'elle, car, elle va prendre feu ». Faut-il voir un rapport entre ce dernier trouble cénesthésique, et une de ses idées d'auto-accusation primordiales, qui lui faisait dire qu'elle avait mis le feu ?

A notre arrivée dans le service, en mai 1908, nous nous sommes spécialement intéressé à la malade, et, dès le premier examen, le diagnostic de démence précoce pouvait être affirmé. A la première question posée : « Comment allez-vous ? » elle répond, après un temps : « Je vais bien » puis, subitement, elle ajoute : « Je veux aller ce soir à l'Opéra-Comique où il y a *Lakmé* », et, d'une voix traînante et monotone, elle dit plutôt qu'elle ne chante :

« Lakmé ton doux regard se voile,
Ton sourire s'est *enfuyé*
Comme on voit *scrobir* une étoile... »

Et elle s'arrête brusquement, en un de ces éclats de rire atone qui sont si fréquents chez les déments précoces. Par instants, elle présente un tic très marqué qui consiste dans l'occlusion soudaine, et répétée de l'œil gauche, accompagnée par une contraction des orbiculaires des lèvres.

Le même jour, nous lui apprenons la mort d'un de ses neveux, qu'elle affectionnait beaucoup avant que n'apparussent les troubles mentaux dont nous avons parlé. Cette nouvelle n'éveille chez elle aucune réaction émotionnelle, et toujours de sa voix froide, elle dit simplement : « Tant pis », et ajoute un moment après : « Je m'en fiche : je suis Sidonie jus de chaussettes. »

Donc, néologismes, tics, indifférence émotionnelle, incohérence assez marquée : tels sont les faits cliniques que nous fait constater ce premier examen. Avant de la quitter, nous avons essayé de réveiller, chez elle, le souvenir de son délire mélancolique originel en lui rappelant les fautes imaginaires que, quatre mois auparavant, elle prétendait avoir commises; les mots de : infanticide, syphilis, crime incendiaire, sont les seuls qu'elle paraît retenir de tous ceux que nous lui disons, et, à plusieurs reprises, elle les répète dès qu'elle nous les entend prononcer; on pourrait penser que cette *écholalie* élective correspondait, chez elle, au rappel très vague de ses premières idées délirantes : mais ce souvenir, si souvenir il y a eu, ne paraissait plus avoir aucune teinte mélancolique : et cela n'a rien de surprenant, étant donné l'état démentiel déjà si marqué de la malade.

Cet état démentiel a d'ailleurs marché avec une très grande rapidité. Voici, à la date du 30 mai 1908, un fragment d'une grande lettre qu'elle écrivait durant quatre pages de papier grand format : « Clotilde au pain noir a le ricard de l'Epinard et zéro à la ssosse tu vois si je te fou à la paille pour le rentrager au villulu comme le déjeuner a faim prendre mesure a botte pour la nouveauté du XIV les autos en gare, etc., etc. », et elle signe : « Sidonie jus de chaussette ». Un pareil échantillon se passe de commentaire.

En juin 1908, nous avons été mis en possession d'un volumineux dossier, contenant toutes les lettres que la malade avait reçues, soigneusement rangées, depuis trois ans, et quelques documents tout à fait intéressants, y compris le billet qu'elle écrivait à sa mère avant sa dernière tentative de suicide ; il y avait aussi plusieurs photographies, une de sa mère, une de son fiancé, et quatre d'elle-même, avec, en plus, une miniature de la malade. Lorsque nous les lui avons montrées, elle a reconnu toutes ces photographies, sans que cette reconnaissance la fît sortir de son indifférence affective.

En lui présentant la photographie de sa mère, nous lui demandons : « Reconnaissez vous cette personne ? » elle répond : « C'est la maman Th... ; elle rentre de faire le voyou, et n'a jamais expédié ce paquet », et a un éclat de rire bref.

Elle regarde plus longuement le portrait de son ancien fiancé et dit : « Ça, c'est l'homme qui a mangé les petits enfants. » Enfin, elle est prise de violents accès de rire lorsque nous lui mettons sous les yeux ses propres photographies ; elle s'écrie, devant l'une d'elles : « Ça, c'est Sidonie jus-de chaussettes qui arrive de la cambrousse pour machiner les chocolats qui sont à la fenêtre. »

Nous avons passé plusieurs jours à lui faire lire, et à lui lire toutes ses lettres, lesquelles ont dû, pour la plupart, tenir une grande place dans la vie sentimentale de la malade. Sur chacune d'elles, lorsque nous l'interrogeons, elle fait des réflexions tout à fait incohérentes, souvent stéréotypées et émaillées de ces néologismes qu'un dément seul peut créer. Devant cette revue épistolaire qui rappelait, en termes éloquents parfois, les états de son affectivité passée, elle demeure tout à fait inerte, et son indifférence émotionnelle est absolue.

A la fin de juin 1908, elle a une crise de mutisme avec négativisme classique, sans phénomènes catatoniques ; pendant onze jours, nous avons été obligé de la nourrir à la sonde.

Depuis, ses actes, ses gestes, ses paroles traduisent la déchéance intellectuelle dans laquelle elle est définitivement tombée ; impulsive, parfois, sous l'influence probable d'hallucinations sensorielles actives, elle a violemment frappé à plusieurs reprises, quelques-unes de ses camarades de quartier. Presque tous les jours, au moment des repas, elle quitte son lit où le traitement la maintient souvent, et court, toute nue, ramasser les débris d'aliments et les dévorer ; pour l'en empêcher, on a été obligé d'instituer une surveillance spéciale.

Il est inutile de dire qu'il ne lui reste plus rien de la coquetterie passée, qui lui était si chère avant son internement, ainsi qu'en font foi ses nombreuses photographies, où sa tenue est toujours extrêmement soignée, souvent recherchée, et ainsi que le montre sa miniature où elle est représentée avec une coiffure d'où la complication n'exclut pas l'élégance. D'ailleurs à l'Asile, elle gâte par intervalles.

Quant à son langage, il est d'une incohérence qui ne saurait être facilement dépassée.

Plusieurs fois, encore, nous lui avons demandé d'écrire, et sur le papier que nous lui présentons, elle griffonne des lignes et signes bizarres ; l'on retrouve, de-ci, de-là, quelques mots à peine lisibles, et incompréhensibles, étant constitués, presque tous, par des néologismes.

Depuis un an, son état mental demeure tel que nous venons de le décrire sous quelques-uns de ses aspects ; quelques périodes d'excitation impulsive viennent rompre, de temps en temps, la monotonie de cette vie purement végétative automatique.

État physique. — Voici, brièvement résumées, les constatations que nous avons faites au sujet de son *état physique :*

La malade ne présente pas de stigmates de dégénérescence apparents : la tête est pâle, fine, plutôt jolie.

Aucun trouble dans les fonctions des organes splanchniques, avec une réserve toutefois pour le poumon droit dont le sommet paraît suspect.

Les pupilles sont en mydriase permanente et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes rotuliens sont faiblement exagérés.

La malade a beaucoup maigri durant les premiers mois de son internement. Depuis un an, les pesées mensuelles n'ont fait constater que quelques irrégularités de courbe sans importance.

La menstruation, irrégulière durant les premiers mois du séjour de la malade à l'Asile, s'est tout à fait régularisée à partir de juin 1908 ; il ne semble pas que la période menstruelle coïncide avec l'apparition, chez la malade, des accès d'impulsion violente dont nous avons parlé.

Remarques. — Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. On ne peut pas ne pas être frappé par la marche très rapide de la malade vers l'état démentiel qui, au bout de six mois, s'était profondément et définitivement installé ; cette évolution rapide n'est d'ailleurs pas un fait rare dans la forme hébéphrénique de la démence précoce. Mais nous voudrions surtout insister sur les *caractères des troubles mélancoliques* qui ont ouvert la scène.

Tout d'abord, il nous paraît intéressant de faire remarquer que, à l'origine de l'état de dépression mélan-

colique on trouve une interprétation délirante (Dans leur récent travail sur le délire d'interprétation, MM. Sérieux et Capgras citent, d'ailleurs, de nombreux faits d'interprétations délirantes au début de la démence précoce). Quant au délire mélancolique lui-même, il est survenu à la suite des accusations que la lettre anonyme dont nous avons parlé apportait avec elle. Après un moment de réaction, la malade a fait siennes ces accusations qui deviennent des idées de culpabilité, et tout à fait injustifiées ainsi que nous l'ont surabondamment prouvé les renseignements recueillis par nous à ce sujet; il nous paraît que ces idées d'auto-accusation, que l'une, tout au moins, porte en elle, un cachet de bizarrerie qui ne peut guère s'expliquer que par un affaiblissement intellectuel assez marqué déjà : La malade prétend s'être rendue coupable d'un infanticide par strangulation, et *avoir caché son enfant mort sur le toit de la maison.* Cette manière de faire disparaître la trace du crime est tellement absurde qu'elle ne pouvait être entrevue que par un cerveau en mal de démence.

Dans le même ordre d'idées, il est difficile de comprendre pourquoi Louise Th... lors de sa deuxième tentative de suicide, éprouve le besoin de se pendre sur l'emplacement même de son lit; ces préparatifs bruyants et étranges ne pouvaient que faire avorter sa tentative, d'autant que la porte de sa chambre avait été laissée entr'ouverte ; et, véritablement, on aurait pu se demander, à ce moment-là, si la malade n'était pas une simulatrice, qu'un désir malsain poussait à attirer l'at-

tention sur elle. L'évolution de la maladie a malheureusement démontré que cette mise en scène déconcertante n'était qu'une des premières manifestations de l'incohérence démentielle prochaine.

L'analyse de la lettre que la malade écrit à sa mère pour lui apprendre qu'elle s'est tuée, nous paraît révéler un état psychopathique tout à fait grave, caractérisé par une perte complète de l'affectivité. Dans cette lettre, si brève, nous ne trouvons pas écrit le mot de « mère » ou de « maman », ce dernier terme étant celui que la malade employait habituellement vis-à-vis de sa mère, à laquelle elle avait toujours porté une grande affection. Au lieu de cela, elle se borne à écrire, simplement : « A madame Th... » comme s'il s'agissait d'une personne étrangère à son affection passée. Et le texte de ces quelques lignes respire bien une indifférence affective totale : pas la moindre allusion à la douleur certaine que la mère va éprouver en apprenant la fin tragique de sa fille ; pas une demande de pardon ; pas un mot de regret ; pas une dernière recommandation. Lorsque nous arriverons au diagnostic différentiel des états mélancoliques dans quelques-unes des affections mentales, nous aurons l'occasion de reparler de cette lettre si morne et de la comparer avec une lettre écrite, avant une tentative de suicide, par une mélancolique, probablement intermittente, que nous avons eu l'occasion de soigner récemment à Ville-Évrard. La comparaison sera très instructive car, au lieu de l'inertie émotionnelle de Louise Th..., nous trouverons, dans la lettre de Berthe H..., une exagération très nette

des sentiments affectifs ; nous verrons aussi que celle-ci avait autrement conduit sa tentative de suicide que celle-là n'avait préparé la sienne.

L'étude des troubles mentaux de Louise Th... nous a montré que, presque dès le début, des idées de persécution sont venues s'ajouter aux idées de culpabilité, d'auto-accusation.

L'état mélancolique, apparu en novembre 1907, n'existe plus en mai 1908, ayant duré quelques mois à peine.

Observation II (*personnelle*)

Résumé. — *État mélancolique surtout marqué après une courte période d'agitation qui a constitué le début de l'internement. Préoccupations hypocondriaques. Craintes de mort. Quelques idées de négation. Idées de persécution. Tentative de suicide. Négativisme. Stéréotypies. Indifférence émotionnelle. Suggestibilité morbide. Actuellement, stupeur catatonique. Phénomènes de catalepsie initiaux.*

La malade D... Jeanne, âgée de 31 ans, brodeuse, est entrée à l'Asile de Ville-Évrard, le 25 mars 1909.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Le père s'occupe, avec une conviction d'apôtre, de questions sociales.

Une sœur, plus âgée que la malade, atteinte de démence précoce, est internée à l'asile de Maison-Blanche.

Un frère, plus jeune, bien portant.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, mais se serait toujours montrée nerveuse.

Est allée à l'école jusqu'à l'âge de 14 ans, et possède, nous dit le père, une bonne instruction moyenne.

Réglée à l'âge de 16 ans, dans des conditions normales; règles régulières jusqu'à la venue de la malade à Ville-Évrard.

Vers l'âge de 25 ans, elle apprend le métier de brodeuse, et devient rapidement très habile.

A toujours eu une conduite irréprochable, paraissant ignorante, d'ailleurs, de ce que doit être le rôle social d'une femme. A aucun moment, elle n'a songé à se marier.

Depuis un an, elle habitait avec son frère qu'elle affectionnait beaucoup. Tous deux, ils allaient voir régulièrement leur sœur internée à Maison-Blanche. Jeanne D... en revenait toujours très affectée, et disait, après chaque visite: « Que cela est triste ! » et, parfois, elle ajoutait: « J'ai peur de devenir comme elle. »

En octobre 1908, le départ de son frère pour le régiment lui cause un gros chagrin. Elle isole davantage sa vie, qu'elle menait très retirée pourtant; elle ne travaille plus que pour gagner de l'argent dans le but d'établir son frère, dès qu'il reviendra du régiment. De novembre 1908 à mars 1909, elle se surmène, travaillant jusqu'à épuisement de ses forces.

Histoire de la maladie. — Le samedi 20 mars elle tombe malade; elle descend chez le concierge et lui demande sa correspondance; puis, elle lui confie son argent en disant qu'elle ne sait pas ce qui va lui arriver, car elle a entendu des gens parler d'elle à côté de sa chambre. Elle est prise subitement d'une violente agitation qui nécessite l'intervention de la police; on la dirige sur le dépôt où M. le Dr Dupré l'examine et note, dans son certificat, un « état psychopathique polymorphe, hallucinatoire et délirant, récemment éclos à l'époque des règles. Mutisme complet. Alternatives de terreur, d'indifférence. Grande variété dans la mimique et les attitudes: extase, anxiété, prière,

étonnement, etc.; phénomènes catatoniques alternant avec du relâchement musculaire complet ».

Le lendemain, 21 mars 1909, à Sainte-Anne, M. le Dr Juquelier voit chez elle, la « dégénérescence mentale avec hallucinations probables, mutisme, délire polymorphe, gémissements, conservation des attitudes ».

Elle arrive à Ville-Évrard le 25 mars. C'est une femme petite, maigre, qui s'avance lentement vers la chaise où nous la prions de s'asseoir. L'expression de la physionomie traduit l'indifférence. La malade ne répond rien aux premières questions posées; puis, elle nous dit que sa sœur est internée à Maison-Blanche; « il me semble, ajoute-t-elle à voix basse, que je vais devenir comme elle », et aussitôt, *elle a un éclat de rire;* quelques instants après, elle murmure: « J'ai peur. » Sans paraître entendre ce que nous lui disons, elle demeure immobile sur sa chaise, se met tout d'un coup à appeler Dieu en répétant: « J'ai peur », et levant les bras au ciel; elle reste ensuite dans le mutisme le plus absolu dont rien ne peut plus la faire sortir, durant ce premier examen.

Les phénomènes cataleptiques, dont il est fait mention dans les certificats ci-dessus, ont disparu; les membres sont souples et reprennent, après qu'on les a soulevés ou déplacés, leur position primitive.

La malade se laisse docilement examiner; ce jour-là, nous remarquons que les pupilles sont en mydriase, réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

La recherche des troubles de la sensibilité nous fait constater une hypoesthésie généralisée; la malade réagit, mais lentement,

à toutes les piqûres, et la réaction est sensiblement la même des deux côtés du corps.

Le réflexe pharyngien est nettement conservé.

Il est très difficile de se rendre compte s'il existe, chez la malade, un rétrécissement du champ visuel ; mais la pression sur les zones dites hystérogènes ne fait pas sortir Jeanne D... de son état d'inertie apparente.

A la fin de l'examen, nouvel *éclat de rire* aussi inexpressif qu'inattendu.

Le lendemain, 26 mars, son père et sa mère viennent la visiter. Elle ne paraît pas les reconnaître, ne leur adresse pas une seule parole, se bornant à chanter ou pleurer par intervalles.

Jusqu'au 31 mars, son état demeure stationnaire ; agitation très légère ; chants, pleurs et rires alternant avec des périodes d'inertie presque stuporeuse.

Le 31 mars, à la visite, nous la trouvons accoudée sur son lit, l'air soucieux. Bien que le jour de son arrivée elle eût écrit sur sa feuille de renseignements qu'elle était à Ville-Évrard, elle nous demande où elle se trouve, et sans attendre la réponse, elle ajoute : « J'ai peur, je suis possédée par le diable », puis, et sans que sa physionomie paraisse refléter une grande émotion, elle dit « : Je ne suis pas malade, mais j'aimerais mieux être morte, car, j'ai peur d'avoir la maladie de ma sœur qui est dans une maison de folles ». Nous lui demandons des explications sur cette maladie qu'elle paraît tant redouter : elle répond que, au Dépôt, on a parlé de « catatonie », ce qui est parfaitement exact.

Pendant tout le mois d'avril, la malade reste apathique, ne quittant pas son lit, ne parlant jamais la première, mais répondant néanmoins, lorsqu'on lui adresse la parole. Nous lui de-

mandons, un jour, si elle désire quitter l'Asile; elle répond qu'elle voudrait aller chez ses parents pour se rétablir et reprendre ensuite son travail; mais, presque aussitôt, elle ajoute, en une restriction: « J'ai peur de mourir. » Cette crainte de la mort va la hanter de plus en plus, et il ne se passe pas de jour sans qu'elle ne répète, si on lui cause un certain temps : « J'ai peur de mourir. » Quand on lui en demande la raison, elle répond invariablement: « Je ne sais pas. »

Bientôt, les troubles de la sensibilité générale font leur apparition; elle se sent travaillée par les « effluves magnétiques ». A son frère, qui vient la voir le 25 avril, elle parle d'abord d'une façon raisonnable, lui demandant des nouvelles de sa santé, et s'informant s'il n'est pas malheureux au régiment. Mais, il est remarquable de constater que, en posant ces questions, elle regarde à peine son frère et sa physionomie conserve une expression inerte que le frère, d'ailleurs, lui reproche un peu. Au lieu de donner une explication à ce sujet, elle lui demande brusquement: « Est-ce que cela ne te ferait pas peur une séance magnétique? » et sans attendre la réponse elle prend une attitude bizarre: les bras étendus, le buste infléchi en arrière, elle a de légères oscillations latérales du tronc ; puis, comme si elle ressentait subitement l'effet magnétique, elle redresse son corps et, immobile, la tête fortement fléchie, elle reste pendant quelques minutes dans cette situation.

A partir du 26 avril, des phénomènes d'agitation réapparaissent chez elle; elle chante, pleure, crie, ou bien demeure inerte et paraissant insensible à tout ce qui se passe autour d'elle. Jusque-là, elle avait gâté deux fois et s'en était d'ailleurs aperçue: mais après le 26 avril s'installe un gâtisme quotidien.

Son état d'agitation croissant, nous nous décidons, sur les

conseils de M. le Dr Leroy, à lui faire un abcès de fixation à l'aide de l'essence de térébenthine que nous expérimentions, à ce moment, chez plusieurs de nos malades nouvellement entrées et agitées.

Le 5 mai, nous lui avons injecté, dans la partie postéro-latérale du flanc droit, un demi-centimètre cube d'essence de térébenthine. Une volumineuse tumeur est apparue deux jours après, soulevant la peau qui rougit et s'ulcère le dixième jour, livrant passage, par un petit orifice, à une sérosité louche. Jusque-là, la palpation de la tumeur liquide était douloureusement ressentie par la malade, qui poussait quelques gémissements. Dès les premiers jours, il s'était produit une petite poussée fébrile qui avait atteint 38° 4. Le 30 mai, on ne perçoit plus à la palpation qu'un empâtement léger et indolore. Le 4 juin, la plaie est définitivement cicatrisée.

Sans en tirer d'autres indications que n'en comporte le résultat obtenu, nous ferons remarquer, toutefois, que l'agitation paraît avoir été immédiatement atténuée par l'apparition de l'abcès. Y a-t-il entre les deux phénomènes une relation de cause à effet? Nous nous bornons à poser la question, sans y répondre. Voici, du reste, à titre de simple document, les constatations que nous avons faites :

5 *mai*. — Injection d'une demi-seringue d'essence de térébenthine, faite à 10 heures du matin, en pleine agitation. Le soir, à 5 heures, l'agitation a un peu diminué.

6 *mai*. — Le calme relatif de la veille est plus net aujourd'hui. La malade crie et chante encore par intervalles, mais n'a plus les mouvements désordonnés qu'elle présentait les jours précédents.

7 *mai.* — Plus de chants ni de cris: la malade paraît avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle.

8 *mai.* — Très calme; elle a, dans l'après-midi, la visite de son père et de sa mère qu'elle reçoit bien; elle se plaint, à ses parents, du docteur qui la « fait souffrir »: puis, elle pleure, en leur disant qu'elle va mourir; le gâtisme qui avait persisté jusqu'à ce jour, disparaît.

9 *mai.* — Souvent, dans la journée, elle pousse des gémissements, et dit que le dos lui fait mal; pour atténuer la douleur, elle se couche à plat ventre dans son lit.

Du 10 *au* 15 *mai.* — Même état; se plaint beaucoup; le 15, ouverture spontanée de l'abcès.

16 *mai.* — Chante un peu dans la matinée, mais demeure calme néanmoins. L'abcès est presque indolore à la palpation.

Du 16 *au* 26 *mai.* — Le calme persiste; assez souvent, la malade pleure et répète toujours: « J'ai peur de mourir... mourir... mourir... etc. »

27 *mai.* — Elle demande à se lever et fait, plusieurs fois, le tour du dortoir.

28 *mai.* — Visite du père qu'elle reçoit très bien; lui parle plus que d'habitude, lui posant même quelques questions, ce qu'elle n'avait jamais fait.

30 *mai.* — La malade, en raison de l'amélioration très sensible de son état, quitte le quartier des agitées, et est mise en observation à l'infirmerie. L'abcès en bonne voie de guérison, donne encore quelques suintements sans caractères.

4 *juin.* — Cicatrisation définitive de l'abcès. Malade devient de plus en plus triste.

A partir du 6 juin, l'état de dépression mélancolique qu'elle avait présenté, jusqu'alors, d'une façon assez irrégulière, semble

se préciser. Elle paraît plus triste ce jour-là, et comme nous lui en demandons la raison : « Je sens que je vais mourir, répond-elle; vous voyez bien qu'il ne reste presque plus rien de moi, que mes organes s'en vont. » Elle s'alimente difficilement, et il est nécessaire d'insister longtemps pour lui faire avaler un peu de lait.

Pendant les jours qui suivent, ces phénomènes de dépression mélancolique persistent. Le 10 juin, on nous appelle auprès d'elle à cause d'une abondante épitaxis, survenue dans l'après midi. Une infirmière venait de surprendre la malade au moment où elle s'introduisait, dans la narine droite, un petit morceau de verre qui avait fortement endommagé la muqueuse nasale. Jeanne D... espérait, ainsi, pouvoir se donner la mort. Elle est aussitôt fouillée, et on trouve, cachée sous sa robe, une fine aiguille à tricoter avec laquelle elle voulait, dit-elle, se percer la poitrine. Nous l'interrogeons longuement, et lui demandons les motifs qui la poussent à se suicider : à toutes les questions, elle fait la même réponse : « Je ne sais pas », ajoutant, parfois : « Mon Dieu, qu'est-ce que cela veut dire? »

Étroitement surveillée, elle demeure très déprimée jusqu'au 16 juin; il est impossible d'obtenir d'elle d'autres paroles que celles que nous venons de rapporter : « Je ne sais pas », et qu'elle répète lentement, comme en un écho. Pas d'expression douloureuse sur sa physionomie qui traduit plutôt une indifférence hébétée. La malade reste, toute la journée, assise sur le lit, qu'elle ne quitte pas depuis sa tentative de suicide; elle est immobile, la tête courbée; en vain, nous la prions de nous parler et de nous regarder. Nous essayons de lui relever la tête, mais, elle résiste avec force; même négativisme, lorsque nous tentons l'essai contraire de fléchir plus encore la tête de la

malade. Au prix de longs efforts, on lui fait boire encore un peu de lait. De courtes phases d'agitation motrice viennent entrecouper la monotonie de cet état d'inertie mélancolique qui fait songer à une stupeur imminente.

Le 14 juin. — Nous sommes étonné de la trouver très améliorée. Assise sur son lit, elle nous regarde franchement dès que nous arrivons près d'elle, et à la question : « Comment allez-vous aujourd'hui? » elle répond tout de suite : « Je vais mieux. » Elle fait, docilement, ce que nous lui demandons, boit, de bonne grâce, un verre de lait que nous lui faisons donner ; elle accomplit, sans négativisme aucun, une série de petits actes commandés.

Le lendemain, elle est de plus en plus douce et gentille, demande à travailler, et reprise, avec attention, des bas qu'on lui a donnés à raccommoder.

Le 15 juin. — L'amélioration persiste ; mais la lecture d'une lettre de son père, reçue ce jour-là, amène, chez elle, une crise de violent désespoir : elle crie, pleure en se tenant la tête à deux mains. Voici comment débutait la lettre que son père lui écrivait le 13 juin, au retour d'une visite faite à sa fille qui était dans l'état de dépression mélancolique que nous avons dit : « Ma chère fille : je suis revenu de ma visite à Ville-Évrard dans un état de préoccupation très douloureux ; est-ce donc sérieusement que tu parles de mourir, et que tu veux mourir? etc., etc... » Le soir même de la réception de la lettre, Jeanne D... écrit, à son père, une réponse assez longue, dont nous avons gardé la copie, et qui était de nature à nous faire très fortement hésiter sur le diagnostic de démence précoce, vers lequel nous inclinions, avec notre maître M. le Dr Leroy, avant que ne se produisît cette amélioration soudaine. Voici le début de la lettre écrite par Jeanne à son père « Mon cher papa : je comprends bien main-

tenant que c'est l'état de découragement et d'ennui dans lequel j'ai été depuis longtemps qui m'a éloigné de vous, et qui est cause de toute la douleur que je vous fais aujourd'hui, à maman et à toi : je compte bien réparer à l'avenir toutes les peines que vous avez *subit*, en vous aimant et me dévouant pour vous... etc. » ; et le reste sur ce ton dans lequel on chercherait, en vain, une trace quelconque d'indifférence émotionnelle. Cette lettre, tant par le fond que par la forme, nous a d'autant plus surpris que, quelques jours auparavant, la malade, à qui nous avions donné du papier et un crayon, avait tracé des caractères illisibles qui alternaient avec des notes de musique, des fleurs grossièrement dessinées, et une foule de signes cabalistiques difficiles à caractériser.

Nous lui demandons, ce jour-là, les motifs de sa tristesse et de son attitude clinique passées ; elle répond : « Cela va mieux ; je ne sais ce qui m'était arrivé, j'entendais des voix qui me donnaient des ordres, je les entends toujours ; elles me disent de m'en aller, je ne sais pas. » Ces différentes réponses ne sont pas données spontanément, les unes à la suite des autres, et il est nécessaire de remarquer qu'on les arrache à la malade une à une et avec une certaine difficulté. Il est une autre remarque qui a, nous semble-t-il, une très grosse importance ; elle a trait à la façon dont Jeanne D... a reçu son père, venant la revoir le 18 juin, deux jours après que la malade a écrit la lettre à laquelle nous venons de faire allusion. En le voyant, elle ne paraît éprouver, comme il était logique de s'y attendre, ni joie, ni tristesse. Elle lui rend mollement son baiser, et ne songe pas à lui demander des nouvelles de sa mère, dont elle parlait, pourtant, dans sa lettre, et en des termes de douloureuse affection. Aux multiples demandes que lui adresse son père, elle répond,

simplement, par des « oui », « non » ou bien, « je ne sais pas ». Celui-ci est très frappé de cette indifférence presque totale, que la lettre de sa fille laissait si peu prévoir.

A partir de ce moment, la malade retombe petit à petit dans son état mélancolique, dont elle paraissait devoir sortir d'une façon si rapidement heureuse. Le 19 juin, elle dit à une infirmière qu'elle regrettait de ne s'être pas tuée. Les jours suivants, sa physionomie reprend l'aspect d'hébétude qu'elle avait auparavant. La malade redevient difficile à alimenter, et on est obligé, à la fin du mois de juin, de la nourrir pendant quelques jours à la sonde. Elle parle peu, répondant avec lenteur et à voix basse aux questions qu'on lui pose ; souvent, l'on entend le mot « mourir... mourir... mourir... » et l'on ne peut savoir, car, elle se refuse à toute explication, si ce mot constamment prononcé signifie, chez la malade, désir ou crainte de la mort.

Cet état persiste, invariable, jusqu'au 4 juillet : ce jour-là elle refuse de manger, reculant et détournant la tête dès qu'on lui offre un peu de nourriture ; comme nous avions dit à une infirmière d'insister, cette dernière s'approche avec un peu de bouillon, et essaye de lui glisser dans la bouche une cuillerée de liquide. Dans un mouvement d'impulsion subite, la malade s'empare de la cuillère et la lance violemment contre la muraille. Deux jours après, le 6 juillet, Jeanne D... a une nouvelle impulsion que rien ne motivait ; lors de la visite médicale, elle se précipite, d'un bond, sur M. le Dr Leroy au moment où il s'approchait d'elle, pour lui causer, et l'aurait frappé si elle n'avait été maîtrisée.

La malade, qui parle de moins en moins, est de nouveau nourrie à la sonde, et l'alimentation artificielle sera pratiquée, cette fois, durant trois semaines consécutives.

Le 10 juillet. — Elle reçoit assez mal sa famille ; elle ordonne à ses parents de s'en aller, car on va leur faire le mal que tout le monde lui fait à elle ; l'insistance de son père qui essaie de la persuader du contraire, ne fait qu'exagérer ses idées de persécution, tout à fait vagues, imprécises, et sans trace de systématisation, tardivement surajoutées à l'état mélancolique de la malade.

Jeanne D..., qui gâte à nouveau depuis quelques jours, devient progressivement inerte ; à partir du 15 juillet, elle garde un mutisme absolu ; les phénomènes de négativisme ont réapparu et acquièrent, rapidement, un degré d'intensité très marqué à l'heure actuelle ; ils font place, de temps en temps, à des manifestations de suggestibilité pathologique, que nous aurons l'occasion de rappeler un peu plus loin.

Alitée vers la fin de juillet, la malade garde, dans son lit, la position dite en chien de fusil. Parfois, elle se lève, et, sans bouger, reste debout, auprès de son lit, dans la même attitude stéréotypée : la tête légèrement courbée, les membres supérieurs à demi fléchis et collés au tronc, les jambes un peu tordues sur les pieds fortement écartés au niveau des talons, et se rejoignant par les pouces accolés l'un et l'autre par leur extrémité. Replacée dans son lit, elle reprend la position en chien de fusil. Rien ne peut la faire sortir de son mutisme. La visite des siens la laisse tout à fait inerte, et elle ne semble même pas remarquer les larmes de sa mère à chaque fois qu'elle vient voir la malade.

Le 20 août. — L'alitement est interrompu ; tous les jours, Jeanne D... est amenée et assise sur un banc, dans la cour du quartier ; elle y reste immobile, sans un mouvement, sans un geste, hébétée et stupide.

Alitée ou non, la malade gâte tous les jours depuis qu'elle est entrée dans l'état de stupeur.

Voici, pour terminer, les constatations se rapportant à l'examen de l'état physique de Jeanne D..., examen que nous avons déjà ébauché au début de l'observation.

État physique. — La malade est petite, brune, assez fortement voûtée. La tête est d'une dolicocéphalée exagérée ; le front, haut et saillant ; la mâchoire supérieure proéminente. Sur la lèvre supérieure, apparents surtout près de la commissure labiale, et sur le menton, quelques poils assez développés.

La respiration a toujours eu un rythme régulier, mais faible et plutôt ralenti ; actuellement, le nombre des mouvements respiratoires est en moyenne de 14 par minute.

Les bruits du cœur sont nettement frappés ; le pouls, qui oscille entre 66 et 72 pulsations à la minute, est net et régulier.

L'examen des urines, moyennement abondantes, mais toujours très pâles, pratiqué à plusieurs reprises, n'a jamais révélé la présence de l'albumine.

Les réflexes rotuliens, exagérés lors de l'entrée de la malade, conservent une exagération manifeste.

Les pupilles, égales, demeurent toujours dilatées et très sensibles à la lumière. A cause du négativisme intense de la malade, il est difficile de rechercher le réflexe à l'accommodation qui paraît conservé.

Nous avons longuement exploré la sensibilité tactile de la malade et nous n'avons jamais trouvé, même en plein état de stupeur, des zones d'anesthésie. A une piqûre assez forte, à un pincement assez vif, la malade réagit, mais avec une lenteur qui ne paraît pas plus marquée d'un côté que de l'autre. Il nous a semblé qu'à la face l'hypoesthésie était plus accusée qu'au niveau du tronc et des membres.

Pas de troubles trophiques. Quelques troubles vaso-moteurs

sous la forme d'une cyanose assez légère et intermittente des extrémités inférieures. Partout ailleurs, les téguments de la malade sont d'une grande pâleur, surtout marquée à la face. Cette pâleur, rayée d'un coup d'ongle, donne un trait rouge qui persiste assez longtemps.

Depuis son internement, Jeanne D... n'a été réglée qu'une seule fois du 14 au 19 juin, et il n'est pas sans intérêt de noter la coïncidence de la période cataméniale avec une période de lucidité extrême, au cours de laquelle la malade écrit à son père la lettre dont nous avons parlé.

Jusqu'à son entrée dans la stupeur, elle s'est progressiveme n amaigrie et l'examen de sa feuille de poids montre, jusqu'en juillet, une ligne régulièrement descendante, accusant l'énorme perte de 10 kilogrammes, de 52 à 42 kilogrammes. Actuellement, la malade pèse 44 kilogrammes.

Remarques. — Nous allons bientôt retrouver cette malade et nous aurons l'occasion d'étudier plus à fond la stupeur catatonique qu'elle présente lorsque nous arriverons au diagnostic de cet état morbide. Nous comparerons Jeanne D... avec deux autres malades qui, comme elle, sont dans un état de stupeur relevant pour l'une, de la confusion mentale, pour l'autre, de la dépression mélancolique périodique. Nous verrons mieux alors les différences cliniques qui séparent chacune de ces trois malades, et ce triple examen simultané nous révélera, dans l'état stupide de Jeanne D..., des caractères cliniques dont l'ensemble ne peut que ressortir à la démence précoce.

Dans l'observation que nous venons de donner, il est

pourtant des points qui doivent, déjà, attirer notre attention. C'est, d'abord, l'éclosion de la maladie se produisant chez une femme déprimée et surmenée ; c'est l'apparition, dès le début, de phénomènes catatoniques, relatés dans les deux certificats établis à l'infirmerie du Dépôt et à Sainte-Anne, phénomènes qui ont rapidement disparu pour laisser place à une *raideur musculaire* très prononcée. C'est cet *éclat de rire, brusque, bref et rapide* qui termine une pensée hypocondriaque exprimée par la malade ; c'est encore, l'évolution tout à fait déconcertante de la maladie: la dépression mélancolique alterne avec des périodes d'agitation, mais d'une façon tout à fait irrégulière, et il est des jours où les deux états pathologiques apparaissent l'un après l'autre, à quelques heures d'intervalle. Puis, l'agitation devient prédominante et s'installe durant une quinzaine de jours: elle est suivie d'une nouvelle période de calme inerte où les idées hypochondriaques reparaissent et conduisent la malade à cette tentative de suicide que nous voulons souligner ici: quiconque croirait se donner la mort en s'introduisant, dans les narines, un petit morceau de verre, ne saurait être qu'un affaibli intellectuel.

Dans le cas présent, Jeanne D..., qui avait réussi à s'emparer, à l'insu de tous, d'un petit morceau de verre et d'une aiguille à tricoter métallique, avait à sa disposition deux instruments de mort en quelque sorte: l'un tout à fait inoffensif, l'autre pouvant devenir très dangereux ; l'aiguille à tricoter, intéressant le cœur ou le poumon, aurait pu causer des ennuis très graves, sinon mortels.

Le choix du morceau de verre, et l'usage assez bizarre qu'en a fait la malade pour arriver à ses fins, semblent bien traduire une dissolution assez marquée des facultés intellectuelles ; cette tentative de suicide nous a paru être d'un pronostic très grave, chez la malade, d'autant que, quelques jours après s'installent, comme nous l'avons vu, des phénomènes de négativisme qui n'étaient pas faits pour rendre ce pronostic moins mauvais. Néanmoins, un éclair de lucidité parfaite qui fait écrire à la malade la lettre déjà mentionnée, nous a fait hésiter, un moment, sur le diagnostic exact à porter. Mais, l'attitude de Jeanne D..., vis-à-vis de son père qui vient la voir aussitôt, a été trop en contradiction avec les sentiments exprimés dans la lettre pour qu'elle ne mérite pas d'être retenue, et ne soit pas considérée comme un symptôme très fâcheux. Cette attitude indifférente, Jeanne D... l'a d'ailleurs eue d'une façon presque constante ; nous avons tenu à assister à toutes les visites trendues à la malade par sa famille, et, à aucun moment, nous n'avons constaté, chez Jeanne, cette émotion soudaine qui conduit parfois à une surexcitation marquée les simples mélancoliques. D'ailleurs, aux siens comme à nous-même, elle ne sait que répondre, à toutes les questions : « Je ne sais pas », et cette réponse, faite toujours sur le même ton inerte, avec cette apathie immuable écrite sur la physionomie de la malade, prend l'allure d'une véritable stéréotypie verbale.

Les hallucinations de l'ouïe, que la malade a avouées, et qui existent probablement encore, n'étaient pas de nature à éclairer un pronostic déjà sombre.

Là-dessus, arrivent ces impulsions violentes que nous avons signalées, et qui n'ont précédé que de quelques jours l'état de stupeur dans lequel la malade est plongée depuis trois mois.

Tous phénomènes qui justifiaient les réserves faites à l'origine par M. le Dr Leroy, et que confirmeront plus encore les résultats de la triple comparaison clinique faite à plusieurs reprises, et que, pour éviter des répétitions, nous donnerons au chapitre du diagnostic.

Observation III (*Personnelle*)

Résumé. — *État mélancolique, développé sur un fond manifeste de débilité mentale. Délire mélancolique d'assez longue durée. Idées d'indignité, d'auto-accusation. Tentatives de suicide. Actuellement, état démentiel profond.*

D... Victorine, âgée de 31 ans, au moment de son entrée à l'Asile de Ville-Évrard, le 29 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à l'âge de 41 ans.

Mère morte, deux ans après, de tuberculose pulmonaire, et ayant fait vers la fin de sa vie, des excès de boisson.

Cinq frères et sœurs, dont l'un est mort de phtisie pulmonaire à l'âge de 11 ans.

Il n'est pas sans importance de noter que la malade a été conçue quelques mois avant la mort du père, et alors que la mère, éthylique, commençait elle-même à tousser. L'accouchement est d'ailleurs prématuré et se produit au début du septième mois de la gestation.

Il n'y aurait pas eu d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été d'une constitution fragile, surtout dans la première enfance.

Fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans.

L'établissement de la menstruation se fait vers les 15 ans ; depuis, les règles ont été, assez souvent, irrégulières et douloureuses.

A sa quinzième année, la malade quitte l'école où elle n'a jamais donné qu'un travail difficile et pénible. On la place alors dans une maison de lingerie où, malgré ses efforts, elle n'arrive qu'à des résultats très médiocres ; de l'aveu même des siens, « elle ne sait pas se débrouiller ».

A 23 ans, ses sœurs la confient à une communauté religieuse qui est, pour la malade, une sorte de maison de retraite.

Elle y reste dix ans, sortant deux fois par mois pour voir les siens, auxquels elle rendait intégralement l'affection qu'ils lui portaient.

Histoire de la maladie. — Un jour, et sans motif aucun, elle fait une fugue qui l'amène, inopinément, chez une de ses sœurs Comme cette dernière s'étonne, en la voyant, Victorine D... lui fait des réflexions bizarres : elle dit qu'elle a été suivie, dans la rue, par des gens vis-à-vis desquelles elle s'est rendue coupable de fautes qu'elles ne peut spécifier. Sa sœur veut la ramener à la communauté ; dans la rue Victorine aperçoit des enfants qui jouent et dit à l'oreille de sa sœur : « Tu vois ces enfants ! ils n'ont pas de pain à manger et c'est moi qui en suis la cause. » Un peu plus loin, elles croisent un convoi funèbre et, toujours à l'oreille, la malade confie à sa sœur : « C'est moi qui ai tué la personne que l'on enterre. » Très surprise d'entendre de pareils propos, la sœur de la malade se décide à la garder chez elle pour l'observer. Victorine qui, auparavant, était très enjouée, tombe dans une grande tristesse : questionnée à ce sujet,

elle répond qu'elle « est la cause de tous les malheurs ». Il lui arrive, fréquemment, de venir à petits pas vers sa sœur, étonnée, et, en pleurant, sans mot dire, elle lui caresse doucement le visage. « Pourquoi fais-tu cela », lui demande-t-on? Elle répond invariablement: « J'ai peur. » La nuit, elle a des frayeurs brusques, qui la font se réveiller en sursaut, et, elle crie, presque à chaque fois: « Dire que c'est moi qui en suis cause parce que j'ai trop causé, causé, causé... », et elle répète ce dernier mot pendant des minutes entières.

On essaye de la distraire et tous les jours on lui fait faire, à pied le plus souvent, une petite promenade dans les rues de Paris. Un jour, en passant devant la boutique d'un coiffeur, elle s'arrête soudain, et, prenant le bras de sa sœur, elle dit à voix basse: « Tu vois; c'est là que je viens tuer les petits enfants; le sang coule et je l'essuie avec les serviettes blanches qui sont dans le coin, là-bas. »

Ramenée chez elle, la malade s'agenouille, à demi prosternée, et se frappe brutalement la poitrine en répétant: « C'est ma faute, c'est ma faute... », puis, se prenant le cou à deux mains, elle s'écrie : « Il faut que je meure. » Elle est aussitôt couchée dans son lit, et ses deux sœurs la surveillent. A un moment, elle attire l'édredon jusqu'à sa bouche, et mâchonne l'étoffe que ses doigts cherchent à faire pénétrer dans la gorge; quand on lui demande l'explication de cet acte, elle répond: « Il faut que je meure et je veux me tuer en avalant l'édredon. »

Étonnées, et pour cause, d'une telle réponse, les deux sœurs décident de faire examiner l'état mental de la malade, dès le lendemain. Avant de quitter l'appartement, Victorine qui s'accuse, à chaque instant, d'avoir commis tous les crimes, se pré-

cipite vers une des fenêtres de la pièce, et se préparait à l'enjamber quand on l'a rattrapée.

Elle est amenée à la consultation de l'Hôtel-Dieu un mois environ après l'apparition des troubles mentaux dont nous venons de parler. Dès qu'elle entre dans la salle où M. le professeur Ballet est assis au milieu de ses élèves, la malade dit à ses deux sœurs qui l'ont accompagnée : « Voilà le tribunal et les juges qui vont me faire expier mes crimes. » M. le professeur Ballet, qui la retient dans son service, la dirige sur Sainte-Anne le 28 avril 1904, à cause de la « mélancolie anxieuse avec idées d'auto-accusation et idées de fuite » qu'il constate chez elle.

Le lendemain, M. Magnan rédige, à Sainte-Anne, le certificat suivant : « Délire mélancolique avec hallucinations, idées de culpabilité et de persécution, plaintes, gémissements, tendances au suicide. »

Le même jour, 29 avril 1904, elle arrive à l'asile de Ville-Évrard ou M. le Dr Kéraval détaille son « délire mélancolique avec idées d'auto-accusation : on l'accuse et elle se croit coupable du malheur de tous les malades, de l'expulsion des sœurs; pleure et gémit continuellement; elle a peur de prendre le pain des autres, dit qu'elle n'est pas digne de manger ».

Sur ce délire d'auto-accusation originel, la malade greffe de nombreuses et changeantes idées de persécution ainsi qu'en témoignent les notes médicales prises sur elle : « Il y a des gens qui m'espionnent en marchant derrière moi; ils veulent me faire du mal, etc... » Ses sœurs qui viennent la voir quelques jours après son internement à Ville-Évrard sont frappées par l'attitude d'indifférence qu'elle a vis-à-vis d'elles. Elle ne leur rend pas le baiser qu'elle a reçu; elle manifeste toujours ses idées d'auto-accusation et d'indignité, accompagnées, parfois, de

réflexions étranges. A une de ses sœurs qui lui offre, ce jour-là, un petit paquet de bonbons, elle dit : « Je ne suis pas digne de manger ces bonbons, car, ils descendraient dans la matrice et me rendraient enceinte. »

Un mois environ après son arrivée à l'asile, la malade a quelques impulsions subites : un jour elle s'interrompt, brusquement, au milieu de ses pleurs et de ses gémissements pour arracher, avec violence, le petit sac que portait, à la ceinture, une de ses sœurs venue lui rendre visite, et elle l'aurait frappée sans l'intervention d'une infirmière.

Pendant toute la durée de son séjour à Ville-Évrard, d'avril 1904 à août 1905, Victorine D... n'a jamais écrit aux siens ; et comme ceux-ci lui en faisaient une fois la remarque, elle leur répond : « Je ne vous écris pas parce que ce n'est pas la peine. » Une fois cependant, elle a préparé pour ses sœurs, une lettre qu'elle leur remet lors d'une visite ; cette lettre, qui n'a malheureusement pas été conservée, était exclusivement faite de signes bizarres : lignes droites et brisées, sur lesquelles la malade avait dessiné de petites et innombrables rosaces.

Le 30 *août* 1905. — La malade est transférée à l'asile de Moisselles, et en la recevant, M. Trénel insiste sur la « mélancolie anxieuse avec idées d'indignité : elle est cause de tous les malheurs ».

Quelques jours après, elle tombe dans le mutisme, et devient gâteuse. Ce mutisme, qui ne la quittera plus maintenant, sera seulement interrompu, de temps en temps, par quelques crises d'agitation très violente, sous la dépendance probable d'hallucinations sensorielles intenses, et pendant lesquelles la malade crie les pires injures. Presque toujours alitée, elle se tient couchée en chien de fusil : parfois, elle se lève, se met à danser en che-

mise, toute nue, ou bien se glisse et court, à quatre pattes, sous les lits du dortoir. Elle devient méchante, cherchant à frapper ses voisines et les infirmières; elle déchire ses draps, crève les matelas, et, lorsqu'on s'approche, elle cherche à mordre. Ces phases d'agitation impulsive, entrecoupées par des périodes de calme stupide, ont duré pendant tout le temps de son séjour à Moisselles, ainsi que le montrent les nombreuses notes prises sur elle par M. le Dr Leroy.

Le 5 août 1908. — Elle revient à Ville-Évrard où, par moments, elle est d'une si violente agitation que la surveillance de la malade exige la présence de plusieurs infirmières. Très hallucinée, par intervalles, elle dit alors aux voix qu'elle entend la série plutôt riche de ses injures habituelles. Le plus souvent, cependant, elle est calme et présente l'aspect général de la stupeur. A toutes les questions qu'on lui pose, elle ne répond rien, se bornant à regarder avec des yeux méchants; pendant des heures entières, elle reste assise sur son lit, le menton appuyé sur ses genoux repliés qu'elle entoure de ses deux bras; et rien ne peut la faire sortir de sa torpeur, pas même la visite des siens, qu'elle ne reconnaît plus, du reste.

Donc, alternatives d'agitation furieuse ou de stupeur complète, sans phénomènes de catalepsie, tels sont les deux états pathologiques se succédant assez irrégulièrement chez la malade; plus souvent agitée que stupide vers la fin de la première année de l'affection mentale, il semble bien, à l'heure actuelle, que l'état de stupeur prédomine. Malgré que nous l'ayons tenté de nombreuses fois, nous n'avons jamais pu arracher, à la malade, un mot en réponse aux demandes faites. Depuis quatre ans, elle ne réagit plus, verbalement, que vis-à-vis de ses hallucinations, et ce sont alors des cris et des vociférations

menaçantes que l'on entend pendant des heures, parfois.

Le plus souvent inerte, elle reste cachée sous ses couvertures ou assise sur son lit, dans l'invariable position dite plus haut.

Constamment gâteuse, elle se montre, même dans les actes purement automatiques comme celui de manger, d'une saleté répugnante. Vainement, on chercherait à surprendre le moindre indice qui reflétât la plus petite lueur d'intelligence, ou ressortît à un reste quelconque de volonté ou de sensibilité.

Sur son *état physique*, nous ne dirons que quelques mots, en insistant d'abord sur la pâleur intense du visage, qui s'est de plus en plus accusée à mesure que l'état démentiel progressait.

La tête est petite : le front, relativement large, étonne dans cette physionomie revêche qui se termine en pointe sur un menton minuscule.

Les pupilles, moyennement dilatées, sont un peu inégales, la droite étant plus grande que la gauche; elles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Poumon et cœur : 0.

Le tracé du poids de la malade qui a toujours été maigre, se maintient sur une ligne sensiblement horizontale.

La menstruation est demeurée presque normale, avec quelques irrégularités, durant les premiers mois de la maladie. Puis, ces irrégularités se sont accusées : les époques sont parfois absentes durant quatre et cinq mois. A noter que leur retour amène presque fatalement une période d'agitation.

Remarques. — Ce qui nous a frappé, chez cette malade, c'est la longue durée des troubles mélancoliques.

Signalés par M. le professeur Ballet en avril 1904, ils sont rappelés, en août 1905, par M. Trénel qui les trouve, encore intenses, un an et demi après leur apparition. Mais, pour peu que l'on ait lu les détails de cette observation, on ne peut pas ne pas remarquer l'absurdité de quelques réflexions et quelques actes, faits par la malade au début de son affection, et que la débilité mentale certaine ne suffisait pas à expliquer; ils ne pouvaient que signifier une désagrégation intellectuelle qui allait se poursuivre progressivement jusqu'à la déchéance totale, survenue au bout de deux ans. Dans les phases premières de l'affection, on trouve déjà de l'incohérence, des ébauches de stéréotypies, surtout verbales, des impulsions motrices, et bientôt de l'indifférence qui percent sous cet état mélancolique avec hallucinations, bientôt grossi par des idées de persécution. Au diagnostic différentiel du délire mélancolique du début de la démence précoce, et du délire mélancolique pur, ou du délire mélancolique des intermittents, nous aurons à revenir sur ces caractères que nous ne faisons que souligner pour le moment.

Observation IV (*Personnelle*)

(Nous avons pu prendre cette observation grâce à l'obligeance de M. le Dr Souques qui, depuis des années, soigne le malade: ce dernier n'a jamais été interné ; il vit auprès de sa mère qui veille sur lui ; elle a bien voulu nous donner, sur les débuts

de la maladie de son fils, tous les renseignements que nous lui avons demandés.)

Résumé. — *État neurasthénico-mélancolique initial, suivi d'idées de culpabilité, d'idées mystiques et de persécution. Démence précoce typique.*

M... Pierre, âgé de 27 ans, étudiant en droit.

Antécédents héréditaires. — Père mort, il y a sept ans, écrasé par une automobile. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie jusqu'au début de l'affection actuelle.

Le malade a brillamment passé ses deux baccalauréats.

Il prépare ensuite l'École Centrale, en même temps qu'il commence son droit. Travailleur acharné, il menait régulièrement de front l'étude des mathématiques et celle du droit, veillant, souvent, fort tard dans la nuit.

Esprit très curieux, il s'intéressait aussi aux arts et à la littérature.

Histoire de la maladie. — C'est en plein surmenage intellectuel que les premiers troubles mentaux font leur apparition en 1901.

Le malade avait alors 19 ans. Il devient triste, soucieux, moins communicatif que par le passé. Très souvent, en rentrant chez lui, il apporte des livres de médecine qu'il consulte longuement. Il se plaint à sa famille de violents maux de tête et se croit atteint tantôt d'anémie, tantôt d'urémie, tantôt de méningite. Il cherche et, naturellement, il trouve dans les ouvrages médicaux la description des symptômes morbides qu'il dit éprouver. Il se croit très gravement atteint et a peur de mourir. Les mots réconfortants des siens ne réussissent pas à vaincre cet état

neurasthénique qui n'est même pas modifié par plusieurs consultations médicales. De plus en plus triste et abattu, le malade passe de longues heures assis sur une chaise, et répond avec mauvaise humeur aux demandes inquiètes que lui adressent ses parents. Sur ces entrefaites, il accomplit une sorte de fugue inconsciente : une après-midi, après avoir fébrilement consulté un livre d'adresses, il sort en coup de vent, et malgré qu'on lui demande le motif de ce brusque départ, il ne répond rien. Son père, étonné, le suit à distance, et le voit marcher, dans les rues de Paris, d'un pas régulier et très rapide. Il va, la tête basse, ne regardant rien autour de lui ; il longe les quais de la Seine jusqu'à la gare de Lyon, et revient, par le même chemin, conservant dans sa marche, la même régularité automatique. A son retour, on lui demande d'où il vient : il répond, simplement : « De là-bas », puis : « J'ai très mal à la tête, dit-il, je vais avoir une méningite. »

Il y avait deux mois environ qu'il était tombé dans cet état de dépression morale lorsque, un jour, il dit brusquement à sa mère : « Je suis un misérable. » Sourd aux questions qu'on lui pose et aux demandes d'explication qu'on lui fait à ce sujet, il se borne toujours à répéter : « Je suis un misérable... je suis un misérable... etc., etc. » Comme s'ils devaient racheter ses fautes ou crimes imaginaires, des idées et actes mystiques s'installent chez lui. Le malade, que l'on trouve souvent en prières dans sa chambre, va passer des journées entières à Notre-Dame des Victoires où on est obligé d'aller le chercher ; il se couvre de scapulaires, fait brûler des cierges devant lesquels il se prosterne en des attitudes hiératiques.

Entouré par les siens, de plus en plus inquiets, de soins très affectueux, il ne paraît pas voir les mille attentions dévouées

qu'on lui prodigue. Sa mère avait déjà remarqué, à cette époque, que les sentiments affectifs du malade vis-à-vis d'elle, autrefois si développés, s'étaient notablement émoussés ; à tel point que, bientôt, il voit, dans ses parents, des ennemis qui lui « lancent de l'électricité ». Un matin que sa mère, après l'avoir aidé à s'habiller, l'attirait près d'elle pour l'embrasser, il lui dit, à brûle-pourpoint : « Maman, tu viens de me voler mon portemonnaie »; malgré l'évidence, elle ne peut lui faire avouer qu'il a le portemonnaie sur lui, comme d'habitude ; il ne cesse de répéter : « Tu m'as volé mon portemonnaie. » Il voit bientôt des ennemis partout : le domestique, qui le sert à table, cherche à l'empoisonner ; lorsqu'il entre dans sa chambre, il ouvre les portes de toutes les armoires pour chercher les voleurs « qui sont à ses trousses ». C'est alors que le malade a traversé une période d'excitation cérébrale surtout marquée par des gesticulations et des cris désordonnés, sans impulsions ou actes violents.

Six mois environ après l'apparition des premiers troubles mentaux, il se produit une rémission passagère, rémission plus apparente que réelle car elle a été marquée par un fait d'une gravité pronostique extrême. C'est à ce moment, en effet, que son père est tué dans un accident d'automobile. On le rapporte mort à la maison et le malade n'éprouve, en le voyant, aucune émotion ; il faut le solliciter longtemps pour qu'il se décide à embrasser le mort, et encore ne le fait-il qu'une seule fois. Il refuse, d'ailleurs, d'aller à son enterrement.

Cette torpeur et ce négativisme émotionnels traduisaient une déchéance psychique déjà profonde, et qui n'allait pas tarder à devenir complète. Peu de temps après, le malade ne veut pas manger, et durant huit jours, sa mère, en une insistance de

tous les instants, ne peut lui faire avaler, quotidiennement, qu'un peu de lait. Il se renferme dans un mutisme presque absolu et gâte partout où il se trouve ; bientôt apparaissent des tics et des stéréotypies de l'attitude : tous symptômes qui, moins d'un an après le début de l'affection, avaient atteint leur complet et incurable développement.

Depuis sept ans, la physionomie pathologique du malade n'a pas sensiblement varié, et les notes que nous a communiquées M. le Dr Souques, insistent sur le *négativisme*, les *stéréotypies*, les *phénomènes catatoniques*, le *gâtisme*, les *tics*, le *mutisme*, l'*aboulie*, l'*anesthésie morale*, qui justifient suffisamment le diagnostic de démence précoce qu'il a porté. Les quelques examens que nous avons faits nous-même du malade nous ont permis de constater le degré très accentué de tous ces phénomènes classiques ; le sujet reste presque tout le temps debout, se tenant tantôt sur le pied droit, tantôt sur le pied gauche, et la tête invariablement courbée. Très souvent, en un mouvement brusque, il porte la main droite à son gilet et le gratte à plusieurs reprises ; ce mouvement amène à la longue, la déchirure du vêtement qu'il use toujours ainsi ; fréquemment, il a une grimace, et toujours la même qui consiste en une déviation, à droite, du nez et de la lèvre supérieure. Il garde le silence le plus absolu, et nous ne pouvons en tirer une seule parole. Lorsque nous voulons examiner sa langue, son pouls, ses yeux, il oppose, à toutes les tentatives une résistance muette que les exhortations pressantes de sa mère ont de la peine à vaincre. C'est elle-même qui s'occupe des soins de la toilette du malade et veille à ce qu'il satisfasse à des heures régulières, ses besoins naturels, vigilance indispensable pour que le gâtisme soit évité.

La nature de cet état démentiel ne peut donc prêter au doute le plus léger ; mais, si la volonté et la sensibilité ont tout à fait disparu, il semble bien que le sujet ait encore gardé quelques lueurs d'intelligence. Sa mère nous a rapporté certains faits qui ne laissent pas d'étonner : s'il lui arrive, par exemple, en sortant avec le malade, de rencontrer une dame connue et de lui causer, *il ne manque jamais de se découvrir*. Si, dans la promenade quotidienne qu'ils font ensemble, l'arrivée soudaine d'une voiture échappe, pour une raison quelconque, à l'attention de la mère, son fils, sans mot dire, la tire par le bras pour signaler et éviter le danger possible. Un jour qu'ils avaient pris le métropolitain, il oublie de descendre avec elle à la Concorde, et, au moment où le train s'ébranlait, la mère s'aperçoit que le malade était demeuré dans le compartiment : elle prend le métropolitain suivant jusqu'à Vincennes, espérant retrouver son fils à la tête de ligne ; mais là, on n'a vu personne qui répondît à son signalement. Anxieuse, la mère regagne son domicile et y trouve le malade, arrivé depuis un certain temps. En l'interrogeant, et d'après les quelques syllabes qu'il faut lui arracher, elle comprend qu'il est descendu à la station suivante : les Tuileries, et s'est dirigé, à pied, vers la maison. Il y a deux ans, enfin, un jour que le regretté professeur Joffroy était venu voir le malade, elle donne, devant lui, à son fils, la commission suivante : elle le charge de rapporter 20 timbres à deux, 20 à trois, et 20 à cinq sous, et ensuite, d'aller acheter, chez un pharmacien, deux sous d'acide borique ; pour cela, elle lui remet une pièce de vingt francs. Le malade, à qui ces ordres avaient été répétés verbalement à plusieurs reprises, revient un quart d'heure après, rapportant les objets demandés et la monnaie exacte qui devait lui rester après ses achats. L'état démentiel

était alors sensiblement le même qu'aujourd'hui, avec mutisme presque complet. La mère nous a affirmé que le professeur Joffroy, devant ce résultat obtenu, n'avait pas caché son étonnement.

État physique. — Le malade est un grand garçon vigoureux, sans stigmates apparents de dégénérescence. Le visage est pâle, de cette pâleur extrême qui complète, souvent, le facies si particulier du dément précoce.

Nous n'avons constaté aucun trouble dans le fonctionnement des divers organes splanchniques.

Les pupilles, un peu dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Le malade, qui avait maigri dès les premiers mois de son affection, a repris son poids ordinaire, lequel ne varie plus depuis des années. Il est vrai que sa mère, par des soins minutieux et constants, est arrivée à lui faire accepter, avec plus ou moins de bonne grâce selon les moments, un régime alimentaire des plus réguliers.

Remarques. — En dehors de l'intérêt spécial lié à l'état neurasthénico-mélancolique du début, cette observation nous paraît présenter un intérêt d'ordre plus général en ce qu'elle montre la vie sociale que peut mener un dément précoce non interné et qui, nous devons l'ajouter, n'a jamais présenté d'impulsions ou réactions véritablement dangereuses.

Nous insisterons sur ce fait, tout d'abord, que les troubles neurasthéniques initiaux apparaissent chez un individu, tout à fait normal jusque-là, mais très sur-

mené intellectuellement. Ces troubles neurasthéniques auraient évolué sans caractères bien particuliers si leur monotonie n'avait été interrompue par cette courte *fugue* accomplie comme nous l'avons dit. Au bout de deux mois, des idées de culpabilité se montrent, *imprécises,* et accompagnées par ces manifestations mystiques exagérées que l'éducation religieuse du sujet ne suffisait pas à expliquer. La teinte neurasthénique et mélancolique du début de la maladie s'efface, *dans l'espace de quelques mois seulement,* devant les idées de persécution intenses, mais *sans aucune systématisation :* elles mettent surtout en valeur, chez le malade, la perte des sentiments affectifs familiaux. Cette indifférence émotionnelle s'accuse, dans toute sa netteté lorsqu'il se trouve, subitement, en présence du cadavre de son père, victime d'un accident ; dans une circonstance aussi douloureuse, *ce manque absolu d'affectivité* avait une importance diagnostique et pronostique primordiale. Nombre d'auteurs ont insisté, du reste, sur la précocité de l'indifférence émotionnelle dans la démence précoce.

Quant aux faits d'ordre social et intellectuel que nous avons rapportés à la fin de l'observation, ils nous paraissent, en dernière analyse, devoir être mis sous la dépendance de l'automatisme mental. Cette conservation étonnante de certaines habitudes de politesse, ces mouvements de protection instinctive, et altruiste d'ailleurs, ce reste d'orientation dans l'espace, et même les quelques banales opérations intellectuelles ne peuvent être considérées que comme des vestiges inconscients

et mécaniques d'une éducation qui a été, pendant dix-neuf ans, particulièrement soignée chez ce malade. Et pourtant, cette hypothèse, toute psychologique, n'explique pas ce qu'il y a de troublant dans de tels actes accomplis par un tel malade. Quel est, exactement, le substratum psychique de pareils déments précoces ? Nous nous déclarons, franchement, tout à fait incapable de donner, à cette question, une réponse précise.

Observation V (*personnelle*)

Résumé. — *État mélancolique initial. Idées de culpabilité. Craintes de mort. État hallucinatoire intense. Disparition de l'état mélancolique au bout d'un mois. Démence profonde consécutive.*

L... Eugénie, couturière, entrée à l'asile de Ville-Évrard à l'âge de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de laryngite tuberculeuse.

Mère débile. Oncle maternel alcoolique.

Antécédents personnels. — Voici les renseignements que la mère nous a donnés sur la vie de sa fille et les circonstances qui ont motivé son internement :

Bien portante jusqu'à l'âge de 7 ans, elle a, à ce moment, des convulsions qui se produisent assez fréquemment pendant un an et cessent après la huitième année. A dix ans, se développent dans la région du cou, des ganglions volumineux qui ont longtemps suppuré, et dont les cicatrices significatives sont nettement marquées.

Les règles qui apparaissent à 11 ans et demi ont toujours été régulières et normales.

Jusqu'à l'âge de 32 ans, la malade a eu une conduite exemplaire, et la mère nie énergiquement chez sa fille, les excès de boisson dont il est fait mention dans les certificats rapportés ci-dessous.

La malade travaillait régulièrement dans une grande maison de couture de la place Vendôme. Pendant les quelques jours qui ont précédé les troubles mélancoliques dont nous allons parler, elle aurait eu quelques contrariétés avec la première du magasin, mais rien d'anormal n'avait été remarqué dans son attitude, dans ses paroles, pas plus que dans l'humeur de son caractère.

Elle tombe malade, tout à coup, à 6 heures du matin, le 25 avril 1904; elle pousse des cris, et à sa mère qui accourt près de son lit elle ne fait que répéter : « Pardonnez, pardonnez » ; elle dit qu'elle va mourir ; il faut qu'elle meure ; ainsi l'exigent les voix qu'elle entend. Dieu lui parle et lui commande de demander à un prêtre le pardon des fautes qu'elle a commises. A cet état mélancolique, fait d'idées de culpabilité et de craintes de mort, sous la dépendance probable d'hallucinations intenses de l'ouïe, viennent s'ajouter, au bout de quelques jours, des hallucinations de la vue : elle voit des gens qui entrent dans sa chambre pour la voler ; ainsi naissent des idées de persécution étendues bientôt à sa mère qu'elle accuse de vouloir l'empoisonner Trompant un jour sa surveillance, elle fait une sorte de fugue qui l'amène au Dépôt le 15 mai 1904. Dans son certificat, M. le Dr Legras fait les constatations suivantes : « *Délire mélancolique* d'origine alcoolique, peurs, hallucinations visuelles. Ennemis imaginaires qui veulent lui faire du mal. Troubles de la sensibilité générale ; on a placé un cinématographe sur sa tête et elle croyait entendre des mouches. »

A Sainte-Anne, où elle est amenée le lendemain, M. Magnan définit son état mental dans les termes suivants :

« *Délire mélancolique* avec hallucinations, idées de persécution, excitation passagère, léger tremblement des mains, excès probables de boisson. »

Le même jour, la malade est conduite à l'Asile de Ville-Évrard et M. Kéraval insiste, dans son certificat, sur la « *mélancolie* avec idées de persécution, nombreuses hallucinations de l'ouïe et de la vue probablement en rapport avec des excès de boisson ».

Dans les notes médicales prises sur elle, nous retrouvons encore, à la date du 31 mai, une allusion à l'état mélancolique de la malade, lequel semble s'effacer rapidement devant les signes de démence dans laquelle va définitivement verser la malade. Les troubles cœnesthésiques et de la sensibilité générale s'accusent : en juillet 1904, c'est-à-dire deux mois après son arrivée à l'Asile, elle prétend qu'on lui attache les boyaux, que des personnes veulent entrer dans son corps et se livrer sur elle à des actes obscènes, qu'elle a une *mâchoire en argent*. Presque toutes ses journées, elle les passe assise sur un banc de la cour, figée dans la même attitude; les hallucinations sensorielles et psychomotrices, de plus en plus intenses, rendent la malade très impulsive et la font sujette à des accès de véritable fureur.

Actuellement, après un séjour de cinq ans à l'Asile, la nature de l'état démentiel de la malade ne peut prêter à aucun doute; elle est, dans son langage, presque exclusivement formé de mots orduriers qu'aucune langue ne voudrait traduire, d'une incohérence complète. Il est des jours où, plus bienveillante, et le sourire aux lèvres, elle sollicite, elle-même, quelques mo-

ments de conversation; mais ces heures d'aménité puérile la laissent tout aussi incohérente, et elle nous tient des propos comme celui-ci : « J'ai du poil au menton; c'est la première communion qui m'a donné ça; vous n'avez pas bu du vin, pauvre monsieur, moi non plus, car les chaussettes achetées au Louvre sont roses et j'ai eu les plumes cassées » ; par instants, quelques vagues idées de grandeur bientôt étouffées sous l'incohérence : « Ici, je suis chez moi, pauvre monsieur; c'est ma grande propriété, et si vous voulez y planter votre drapeau, pauvre monsieur, il faut que l'orchestre de l'Opéra n'aille pas pouilloter rue de la Paix, etc. »

D'une obésité difforme, la malade mange gloutonnement; après chaque repas, elle va s'asseoir à terre, toujours à la même place, et y demeure accroupie toute la journée. Les visites assidues que lui fait sa mère, deux fois par semaine, n'éveillent en elle aucune émotion filiale : elle se précipite sur le petit sac de provisions qu'elle sait rempli de friandises, et les dévore avec une voracité bestiale.

Il est assez intéressant de remarquer que l'attention est, par rapport aux autres facultés intellectuelles, relativement peu touchée. Sans doute, l'attention dite volontaire se trouve souvent en défaut, et si on lui demande, par exemple, d'analyser un dessin tout à fait simple représentant un petit paysage dans la coloration duquel n'entrent que trois couleurs, elle le regarde pendant quelques secondes, et nous le rend en parlant d'autres choses. Il faut lui faire remarquer longuement le dessin, détailler la triple coloration en lui désignant successivement le rouge, le blanc, et le bleu pour qu'elle paraisse en avoir la notion. En revanche, l'attention spontanée est assez éveillée chez elle; il est presque de règle que, lorsque nous lui causons,

elle remarque la couleur de notre cravate ; si la blouse porte une tache d'encre, elle sait nous dire, sur ce ton maniéré et puéril qui lui est propre : « Votre blouse est sale, pauvre monsieur; il faudra la changer car elle pourrait s'envoler » (Cette expression : *pauvre monsieur* revient presque à chaque instant dans son langage et prend un caractère de véritable stéréotypie verbale). Un jour que nous prenions des notes devant elle, la malade a remarqué que la bague du stylographe avec lequel nous écrivions n'était pas complètement fermée, ce qui était exact.

De très nombreuses fois, nous lui avons demandé d'écrire quelques mots à sa mère ou à toute autre personne de sa famille ; elle s'y est toujours refusée, de même, d'ailleurs, que d'effectuer, par écrit, le moindre petit calcul. Cette sorte de négativisme épistolaire n'a jamais été vaincu, quelque prolongés qu'aient été les efforts tentés pour en venir à bout.

Remarques. — Si nous avons donné ces quelques détails, c'est pour bien montrer que le diagnostic de démence précoce, porté successivement par MM. les Dʳˢ Kéraval et Leroy ne saurait être mis en doute. A propos de cette observation, nous tenons à faire les remarques suivantes :

L'état mélancolique du début, caractérisé, comme nous l'avons dit, par des idées de culpabilité et probablement d'expiation, par la crainte d'une mort prochaine, semble avoir apparu, d'une façon soudaine, chez une femme qui aurait vécu, jusque-là, une vie tout à fait normale si elle n'était entachée d'un soupçon d'alcoolisme. De cet état mélancolique, extrêmement marqué le 25 avril, il n'est plus fait mention après le 31 mai ;

il paraît avoir été submergé, au bout d'un mois, par le flot montant d'idées délirantes ; secondaires à l'état mélancolique, elles se sont développées, à côté de lui, avec tant de rapidité qu'elles l'ont bientôt supplanté, étouffé en quelque sorte ; multiples et nombreuses, elles traduisaient, avec les hallucinations de tous les modes, qui ont accompagné, elles aussi, les troubles mélancoliques initiaux, la déchéance intellectuelle définitive vers laquelle elles amenaient la malade.

Observation VI

O... Marie, couturière, entrée à l'Asile de Ville-Évrard le 22 juin 1900, à l'âge de 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, a abandonné sa femme et ses enfants. Mère bien portante : a bien élevé sa fille et son fils. Un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance.

Réglée à partir de 12 ans, et régulièrement.

Après être allée à l'école et avoir obtenu son certificat d'études, elle apprend, à 13 ans, le métier de couturière.

Elle était au bazar de la Charité lors de l'incendie, qui l'y a surprise : elle a pu en sortir vivante et a même sauvé une jeune fille. A la suite de cette violente émotion, son caractère s'est modifié: d'humeur gaie, autrefois, la malade devient taciturne et a fréquemment, des crises de larmes.

Trois ou quatre mois après l'incendie du bazar de la Charité, elle va en Angleterre, pour y chercher du travail, et se place comme femme de chambre. Très belle fille, on l'appelait, à Liverpool, la « jolie French ». Dans les lettres qu'elle écrit à sa mère,

elle se plaint d'être surmenée par son ouvrage, et dit être très malheureuse.

Elle revient folle, à Paris, accompagnée par un policeman, dans un état de dépression mélancolique avec délire où les idées hypochondriaques sont mélangées avec des idées de grandeur.

Le 7 juin 1899, elle est amenée à la Salpêtrière où le Dr Charpentier constate un « état délirant avec impulsions au suicide et refus d'alimentation ».

Le lendemain, 8 juin, M. Charpentier précise son état mental : « Est atteinte *de mélancolie avec idées et tentatives de suicide :* elle ramasse des débris de verre pour les avaler, dérobe des couteaux pour se tuer, porte les mains à son cou pour s'étrangler, implore qu'on la tue, elle ne répond pas, n'obéit pas, et présente une raideur très marquée des membres quand on veut lui faire exécuter quelque mouvement. »

Ce négativisme intense déjà paraît s'atténuer, tandis que persistent les phénomènes d'ordre mélancolique. Le 22 juin 1899, le certificat de quinzaine note toujours la « mélancolie », mais, il dit aussi que « la malade se soumet, répond aux questions ».

Cette amélioration n'a pas duré, car le négativisme réapparaît bientôt, accompagné par des stéréotypies, des impulsions subites et dangereuses, et par une incohérence qui commence à se dessiner.

Le 28 juillet. — M. Charpentier écrit que la malade est « atteinte de mélancolie avec phases d'excitation passagère, symptomatique de démence précoce », et l'évolution de la maladie devait pleinement confirmer ce diagnostic.

En effet, depuis son arrivée à l'Asile de Ville-Évrard où elle est transférée en 1900, la malade s'est montrée le plus souvent agitée avec, parfois, quelques périodes de dépression. L'état

mélancolique originel disparaît rapidement au milieu des manifestations démentielles, définitivement acquises aujourd'hui : perte absolue des sentiments affectifs, voracité plus que bestiale (elle mange parfois ses matières fécales), gâtisme permanent, et toute la série des mots et actes incohérents, que l'on trouve si riche chez les déments précoces. Les crises fréquentes de très violente agitation que traverse la malade sont toujours liées à l'apparition des règles. Dans l'intervalle de ces crises, elle se tient, ou accroupie dans un coin, ou, si elle est alitée, toujours cachée sous ses couvertures.

État physique. — La malade, très pâle, est dans un état physique, satisfaisant. Le visage, régulier, ne présente aucun stigmate apparent de dégénérescence.

Les règles sont régulièrement mensuelles.

Observation VII

D... Elisa, journalière, entrée à l'Asile de Ville-Évrard à l'âge de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, se suicide à 50 ans.

Mère débile ; cinq frères et sœurs bien portants, dont elle est l'aînée.

Antécédents personnels. — Jamais aucune maladie antérieure.

Est allée en classe jusqu'à l'âge de 10 ans ; elle apprenait très bien et était, paraît-il, la première de sa classe.

Réglée à 14 ans ; règles abondantes, bi-mensuelles parfois.

Mariée à l'âge de 25 ans : elle a 4 enfants : le troisième est mort de méningite à l'âge de 8 mois.

Histoire de la maladie. — Huit mois après ses dernières cou-

ches, qui avaient été pénibles, elle éprouve, dans le ventre, des douleurs de plus en plus accusées. A la consultation chirurgicale de l'hôpital Necker, une opération est jugée indispensable. Le 23 mai 1902, on pratique *une double ovariotomie*. Une fois éveillée du sommeil chloroformique, la malade se montre très agitée, en même temps qu'apparaissent des idées délirantes de persécution, *de culpabilité*, et à teinte mystique. Elle se croit poursuivie par des ennemis qui veulent la tuer, mais elle voit le bon Dieu et les anges, qui vont la purifier de tous les crimes qu'elle a commis et lui accorderont le pardon qu'elle demande, à chaque instant, avec des prières.

La malade est ramenée chez elle dans cet état mental.

Le 18 avril 1902, elle arrive au Dépôt. M. le Dr Legras note chez elle : « la débilité mentale avec accidents *mélancoliques*, hallucinations, idées mystiques, *idées de suicide*, refus de nourriture. »

Des constatations analogues sont faites à Sainte-Anne, par M. Magnan, et le 23 avril elle arrive à Ville-Évrard : M. le Dr Febvré relate, dans son certificat, « les idées de persécution, de suicide, de culpabilité, avec hallucinations continuelles qui désorientent la malade et la jettent dans une anxiété indescriptible », le tout étant mis sous la dépendance de la « dégénérescence mentale ».

Le 8 mai 1902, il la trouve, toujours, dans « un état anxieux continuel *se compliquant de résistance à tout* et particulièrement à l'alimentation ». *Le négativisme* est donc à ce moment très accusé. Des idées de culpabilité sont toujours exprimées, « la malade se couche par terre, frappe la tête contre le sol en disant : je veux me tuer ; je suis trop coupable. »

L'*indifférence émotionnelle* apparaît déjà, à son tour. La ma-

lade reste inerte devant la première visite que sa famille lui rend à l'Asile et elle ne manifeste aucun désir de départ. Elle ne tarde pas d'ailleurs à accuser les siens de lui vouloir du mal, et, un mois après son internement, elle frappe, en une impulsion soudaine, une de ses sœurs qui était venue la voir.

Elle demeure très hallucinée, très impulsive et très agitée jusqu'en octobre 1902 : les phénomènes mélancoliques paraissent avoir disparu : pourtant elle présente, par moments, « de l'angoisse, du désespoir, et se jette brusquement la tête contre le mur pour se tuer ».

En novembre 1902, le gâtisme s'installe presque permanent, en même temps que s'accuse « une grande incohérence ». Des symptômes mélancoliques, il ne sera plus fait mention désormais.

Ils s'effacent, au bout de cinq mois, devant les autres manifestations cérébrales qu'ils avaient accompagnées, et qui, de plus en plus incohérentes, traduisaient la chronicité, aujourd'hui et depuis longtemps établie, de l'état démentiel terminal.

Observation VIII (*personnelle*)

L... Clarisse, couturière, entrée à l'Asile de Ville-Évrard à l'âge de 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 62 ans ; a fait toute sa vie, des excès alcooliques.

Mère bien portante malgré qu'elle se soit surmenée depuis son mariage.

Trois frères et sœurs, dont deux morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 11 ans.

Règlée à 15 ans; règles normales.

La malade s'est montrée, de tous temps, très nerveuse ; un

rien la contrariait, elle pleurait facilement, « prenait des rages fréquentes ».

Cela ne l'empêche pas de mener une conduite sérieuse et exemplaire. Elle a été rosière de Montreuil.

Histoire de la maladie. — Demandée en mariage à 23 ans, tout est brusquement rompu pour des raisons étrangères à la volonté de la malade. C'est depuis ce moment que sa famille remarque, chez elle, un changement assez net de caractère : elle devient triste, déprimée, perd l'appétit et dépérit visiblement. Elle est soignée à l'hôpital Saint-Antoine, pendant quatre mois, pour anémie. Après ce traitement la malade a repris ses forces, mais sa tristesse demeure, et son état apathique contraste singulièrement avec sa grande irritabilité d'autrefois. Elle reste assise dans un coin, ne bougeant pas et ne disant rien si on ne la sollicite pas ; pourtant, il est un phénomène assez grave qui attire l'attention des siens : il lui arrive, bien que très rarement, d'avoir de brusques et non motivés *éclats de rire*, et, nous disait sa sœur, « on aurait cru qu'elle faisait la grimace lorsqu'elle riait ainsi ». Quand on lui demande la raison de sa tristesse apparente, elle répond presque toujours : « Je suis malheureuse ici : je veux que mes parents déménagent : j'en ai assez. » Sur ces entrefaites, elle a une angine légère qui provoque la visite d'un médecin : il ordonne quelques médicaments que la malade n'a jamais voulu prendre, malgré toutes les exhortations de sa mère et de sa sœur. Ce négativisme véritable et irraisonné allait être bientôt complété par le refus de toute alimentation.

Le 21 février 1896. — Elle arrive au Dépôt où le Dr Legras établit le certificat suivant : « *Délire mélancolique, demi-stupeur*, refus de nourriture. Actes déraisonnables. Insomnie. *Idées de suicide.* »

Le lendemain, à Sainte-Anne, M. Magnan signale les mêmes faits, et croit à la « probabilité des hallucinations ».

A Ville-Évrard, où elle arrive le 29 février, le Dr Febvré la trouve dans le même état de « mélancolie délirante, mutisme, résistance à l'alimentation ».

Cet état persiste jusqu'en mars 1896, et fait place, alors, à une agitation marquée, avec impulsions subites. Par intervalles, quelques accalmies dans lesquelles la malade se montre très négativiste.

L'état mélancolique originel ne paraît donc pas avoir duré plus de cinq ou six mois.

Actuellement, démence précoce passée, depuis des années, a l'état de chronicité.

Observation IX (*personnelle*)

C... Léontine, ménagère, entre à l'Asile de Ville-Évrard à l'âge de 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Un frère mort aliéné: une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — A été très malade au moment du sevrage.

A 12 ans, chorée qui dure deux années environ.

Paraît avoir présenté quelques accès de somnambulisme.

De l'avis de la mère, a toujours été plutôt débile.

Se serait tout le temps montrée jalouse de sa sœur plus débrouillée et plus intelligente qu'elle.

En janvier 1906, la malade qui, jusque-là, avait été d'une humeur plutôt taciturne, manifeste des craintes hypochondriaques : elle se croit atteinte d'une d'abord, puis de plusieurs, et

enfin, de « toutes les maladies ». Souvent elle pleure, et dit qu'elle aimerait mieux être morte que de souffrir ainsi. Elle penche peu à peu vers des idées de suicide. Elle essaye un jour de s'étrangler avec un mouchoir noué autour de son cou et qu'elle ne doit pas serrer bien fort puisqu'elle crie, ce faisant : « Je veux mourir, je veux mourir. » A cet état hypochondriaque, s'ajoutent des préoccupations mystiques : elle demande à faire des pèlerinages pour « implorer la Vierge et sauver de l'enfer ses parents et elle-même ». Sur ces entrefaites, sa grand'mère, qu'elle avait beaucoup aimée, meurt subitement. En apprenant de sa mère cette triste nouvelle, la malade fait cette réflexion surprenante : « Grand-maman Catherine est morte : ça m'est égal, je ne pleurerai pas », montrant *combien, déjà, son effectivité était atteinte.*

Le 18 *avril* 1906. — Une nouvelle tentative de suicide l'amène au Dépôt, où M. de Clérambault établit le certificat suivant : « Dégénérescence mentale, dépression, anxiété, cris, larmes, a tenté de se jeter dans un puits, a brûlé des papiers de valeur, se dévêt. » Ces deux derniers actes ne peuvent que traduire un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Le 19 *avril.* — A Sainte-Anne, M. Magnan note le « délire mélancolique avec hallucinations, idées de culpabilité et de persécution, excitation, tentative de suicide ».

Elle arrive, à Ville-Évrard le même jour, et M. le Dr Kéraval fait, dans son certificat, des constatations analogues.

A la quinzaine, la malade est agitée : elle refuse toute alimentation : on est obligé de la nourrir à la sonde pendant un mois.

Le 12 *juillet.* — La malade est « très anxieuse et très hallucinée », et ne tarde pas à devenir gâteuse.

A partir de ce moment, il n'est plus reparlé de son état

mélancolique; mais, les notes médicales signalent « une agitation extrême avec impulsions violentes » qui dure, presque sans accalmies, toute l'année 1906 ; le gâtisme est permanent.

L'état démentiel est, dès lors, définitivement installé. Le 6 février 1907 M. Kéraval écrit: « La malade présente les attributs les plus marqués de la dissociation intellectuelle, parle seule, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, rit sans motif, nombreuses hallucinations, ne mange que si elle est très surveillée. »

Actuellement, apathique et gâteuse le plus souvent, elle a quelques crises d'agitation impulsive et dangereuse. Sa physionomie niaise garde, presque toujours, un sourire béat qui s'ajoute à l'air d'hébétude qui est celui de la malade.

État physique. — Quelques stigmates de dégénérescence.

L'état général est satisfaisant; la malade mange seule, beaucoup et gloutonnement.

Régulièrement réglée et toujours très excitée au début de la période cataméniale.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES

Presque tous les auteurs qui ont étudié la Mélancolie lui ont décrit les quatre formes cliniques suivantes :

Dépression simple ;
Mélancolie anxieuse ;
Mélancolie délirante ;
Mélancolie avec stupeur.

On pourrait reprocher à cette quadruple classification de soustraire, en apparence tout au moins, la mélancolie anxieuse à l'influence du délire, lequel doit souvent exister à la base de l'anxiété mélancolique. Il vaut mieux, avec M. Masselon, ranger sous la dénomination de mélancolie simple les états mélancoliques dépressifs et anxieux, en laissant le délire et la stupeur former l'élément fondamental des deux autres formes.

Il n'échappe à personne, d'ailleurs, que la classification des formes de la Mélancolie est surtout une vue de l'esprit : l'étude clinique est le meilleur argument

que l'on puisse fournir contre une schématisation si précise, mais théoriquement nécessaire, de symptômes qui, souvent, coexistent ou se succèdent chez un même malade. Entre la dépression simple et la stupeur, il n'y a qu'une question de degrés, et l'on serait bien embarrassé de dire exactement où finit l'une et où commence l'autre.

En dernière analyse, comme le fait si bien remarquer M. Séglas, toutes les formes distinguées peuvent se réduire à deux principales : la mélancolie sans délire, et la mélancolie délirante. Il y a donc deux sortes de mélancoliques : ceux qui ont et ceux qui n'ont pas du délire. Mais bien que tout le monde s'entende sur la signification générale de ce dernier mot, il est des cas particuliers où il aurait besoin d'être exactement défini. Le mélancolique déprimé qui a des idées hypochondriaques se disant, par exemple, atteint de maladies incurables, devient, par ce fait, un mélancolique délirant ; pourquoi n'applique-t-on pas, aussi, le même qualificatif au neurasthénique qui se croit atteint de maladies incurables ?

Ces réserves faites, nous rangerons les états mélancoliques du début de la démence précoce sous trois formes principales :

1° Les états mélancoliques simples, qui peuvent constituer une forme neurasthénique ;

2° Les états mélancoliques délirants ;

3° Les états mélancoliques stupides, ces derniers ayant la physionomie clinique la plus nettement individualisée.

Il est nécessaire d'y joindre les états mixtes (mélancolico-maniaques) qui sont peut-être ceux que l'on rencontre le plus fréquemment au début de la démence précoce.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Si nous voulions différencier les états mélancoliques qui nous occupent de tous les états mélancoliques que l'on peut voir se produire au cours de la plupart des affections de l'âme, il nous faudrait passer en revue presque toute la pathologie mentale. Nous limiterons volontairement notre étude différentielle à quelques-unes seulement de ces affections.

1° Paralysie générale à forme mélancolique.

Il est bien évident que, dans la plupart des cas, la forme mélancolique de la *paralysie générale* sera assez aisément distinguée des états mélancoliques qui relèvent de la démence précoce. L'âge du sujet, le caractère du délire surajouté, la recherche des signes physiques, connus de tous, et qui ont une importance capitale dans l'établissement du diagnostic de paralysie générale sont des éléments de distinction suffisants.

Mais, où ce diagnostic devient beaucoup plus malaisé, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une *paralysie générale juvénile* dont les troubles mélancolico-hypochondriaques sont la principale manifestation clinique. M. le Dr Louvrier consacre, dans sa thèse (1), un chapitre où il analyse longuement les signes qui peuvent permettre d'établir un diagnostic entre la démence précoce et la paralysie générale des jeunes, diagnostic qui peut présenter, dit-il, de très grosses difficultés. En pareille circonstance, et à n'examiner que les deux états mélancoliques, tous deux symptomatiques d'une démence, non identique il est vrai, l'on ne pourrait guère établir qu'un diagnostic de probabilité. Fouiller le diagnostic général de ces deux démences nous amènerait trop loin, et nous ferait sortir du cadre de notre sujet. Nous nous bornerons à dire que, dans les cas d'hésitation, les notions héréditaires ou acquises de spécificité, la recherche des signes physiques particuliers à la paralysie générale et que l'on essayera de dépister, la ponction lombaire, constituent autant d'éléments diagnostiques qui apporteront, avec eux, des indications précieuses, le plus souvent confirmées par l'évolution de la maladie.

2° Mélancolie alcoolique.

Parce qu'il sera exceptionnel d'avoir à établir un diagnostic différentiel entre les états mélancoliqueu

1. Louvrier : De la paralysie générale juvénile (*Th. Paris*, 1907-1908).

début de la démence précoce, et la mélancolie alcoolique, nous ne ferons que signaler cette dernière, en notant quelques-uns de ses principaux caractères, bien mis en relief par M. le Dr Soukhanoff. Dans la grande majorité des cas, la mélancolie alcoolique débute à l'âge moyen, et apparaît rarement chez des alcooliques très jeunes. « Elle se développe, dit M. Soukhanoff, avec l'abus très grand de boissons spiritueuses ; elle commence parfois par des phénomènes physiques et psychiques, ayant de la ressemblance avec le delirium tremens ; dans le cours de son évolution ont lieu, chez le malade, des hallucinations auditives très accusées et très abondantes ; elles a, comparativement, un cours d'assez longue durée ; elle se rencontre, enfin, assez rarement. » La mélancolie alcoolique ne saurait donc être confondue longtemps avec un état mélancolique précurseur de la démence précoce.

Parlerons-nous de la *mélancolie hystérique ?* Nous sommes, ici, sur un terrain brûlant et fertile en discussions, depuis quelques années surtout. La « Grande Simulatrice » paraît bien déchue, actuellement, de son ancienne splendeur. Résistera-t-elle aux attaques de plus en plus fréquentes dont elle est l'objet ? Nous n'avons pas à le dire dans ce travail et pour répondre à une question aussi grave, nous ne possédons pas, d'ailleurs, une autorité et une expérience clinique suffisantes. Nous nous retrancherons derrière les opinions qui ont été exprimées, en 1908, au congrès de Gand par quel-

ques-uns des plus compétents parmi les aliénistes. Après MM. Crocq et Laruelle, M. Deny fait une remarque précise et franchement défavorable à la folie hystérique : il dit, en propres termes : « Toutes les malades qui m'ont été adressées dans mon service de la Salpêtrière au cours des vingt-cinq dernières années avec les diagnostics plus ou moins fantaisistes de folie hystérique, d'hystéricisme, de manie et de mélancolie hystérique, etc., ont dû être, depuis, définitivement classées, soit dans le cadre de la démence précoce, soit dans celui de la psychose maniaque dépressive. » L'importance de la déclaration suivante, faite au même congrès, par M. Dupré ne saurait passer inaperçue : « Relativement à la question si importante, en pratique, du diagnostic différentiel entre l'hystérie et certaines formes de démence précoce, je me range à l'avis de mes collègues Deny, Claus et Crocq, en proclamant avec eux que, le plus souvent, on a indûment rapporté à l'hystérie des syndromes de nature hébéphrénique et catatonique. »

Après de tels avis, une tentative de diagnostic entre la mélancolie hystérique et les états mélancoliques de la démence précoce nous semble inutile parce que trop délicate et un peu artificielle.

En revanche, il est d'autres états mentaux qu'il est nécessaire de distinguer attentivement des aspects mélancoliques que prend si souvent, à son origine, la démence des jeunes gens. La *neurasthénie*, *la confusion mentale*, *la folie maniaque dépressive ou folie intermit-*

tente, sont les seuls que nous retiendrons et leur distinction des états démentiels dépressifs ou délirants est assez souvent épineuse ; l'établissement de ce diagnostic atteint un maximum de difficultés lorsqu'il s'agit de différencier la démence précoce stupide de la stupeur que peuvent présenter certaines formes de confusion mentale ou de folie intermittente.

Dans cet ordre, nous allons envisager successivement, en des chapitres différents, ces quatre éventualités diagnostiques.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC DE LA FORME NEURASTHÉNIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET DE LA NEURASTHÉNIE

« Rien de plus semblable à un neurasthénique, écrit M. Masselon, qu'un dément précoce à la période initiale. Indolence, apathie, état de langueur et de paresse, perte de l'activité, intellectuelle, incapacité d'effort mental, sentiment d'impuissance, etc., un grand nombre de symptômes se rencontrent dans les deux affections. » Il faut croire que, dans certaines circonstances, cette similitude ne prête guère à la différenciation : M^lle^ Pascal a constaté, en effet, à la Maison de Santé de Ville-Évrard, que les « troubles neurasthéniformes prodromiques de la démence précoce avaient été confondus avec ceux de la maladie de Beard 32 fois sur 75 malades ». Cela tient peut-être à ce que le terme de neurasthénie est trop élastique et que, dans le cadre de cette affection à contours indécis, on peut faire entrer tous les états dépressifs simples ou symptomatiques,

Il n'est pas douteux que la neurasthénie ne subisse un jour ou l'autre, partiellement tout au moins, le sort qui a été réservé à l'hystérie, et encore au profit, peut-être, de la démence précoce. Ce faisant, arrivera-t-on à quelque progrès scientifique, ou bien, n'aura-t-on évité un écueil que pour tomber dans un autre? Sans doute, comme le dit avec raison M. Janet (Obsessions et Psychasténie) : « On emploie le mot de neurasthénie à tout propos et pour toutes sortes de gens: il serait bien désirable, et c'est probablement un désir difficile à réaliser, que l'on puisse un peu subdiviser le groupe des malades que l'on met sous cette étiquette et préciser le diagnostic. »

On ne peut s'empêcher de reconnaître, néanmoins, que l'état pathologique désigné sous le nom de Neurasthénie, pour être mal défini, n'en est pas moins réel ; et il n'est personne qui ne connaisse quelqu'un de ces individus soucieux, qui digèrent douloureusement, qui dorment mal, qui sont à l'affût de la maladie ou du malheur prochains ; assis dans leur fauteuil où l'apathie les tient inertes durant des heures entières, ils songent aux menus faits de l'existence ; ils philosophent, intérieurement, sur les misères de la vie ; abouliques autant que pessimistes, ils transforment un incident banal en une irréparable catastrophe ; parce qu'égoïstes, ils souffrent d'être conscients de leur souffrance ; ils ne surmontent leur paresse physique et mentale que pour courir d'une consultation médicale à l'autre, que pour dévorer le livre de médecine où ils chercheront, non pas les indications thérapeutiques, mais la belle et ter-

rifiante description de la maladie qu'ils « ont ou qui les menace » : et ce sont des plaintes, parfois des pleurs à l'adresse de l'entourage qui, malgré ses efforts, n'en peut mais dans la plupart des cas. Pourtant, que la bonne parole ait été dite par une voix autorisée, ou que le mot sauveur ait été lu, alors la joie vient, euphorique et puérile, joie sans lendemain parfois, effet passager d'une cause éphémère.

Même alors, il n'est pas sans importance de noter que le neurasthénique est, suivant le mot de Janet, « une pendule facile à remonter », et Krœpelin met aussi, en relief, le caractère curable de la neurasthénie : « Par le repos, dit-il, la guérison s'obtient d'une façon générale, relativement assez vite. » Au contraire, l'état neurasthénique du dément précoce résiste à tout encouragement psychique ; à propos du malade de l'observation IV, nous avons signalé l'inefficacité absolue non seulement des soins familiaux, mais aussi de toutes les consultations médicales que ses parents lui ont fait donner sans qu'il les ait jamais sollicitées de sa propre initiative ; il est bien rare, au contraire, que le neurasthénique ne soit pas sensible à un avis médical réconfortant.

Dans l'une et l'autre affection, les idées et craintes hypocondriaques sont différemment exprimées et ressenties. En général, le neurasthénique concentre ses préoccupations sur une affection donnée qui est, le plus souvent, ou la tuberculose ou la syphilis. Nous avons l'occasion de suivre depuis deux ans, date de l'apparition de l'état hypochondriaque, un malade, ou plutôt

un neurasthénique, valet de chambre d'un médecin. Pour quelles raisons a-t-il lu un jour, dans une publication médicale, un article sur les manifestations locales et générales de la syphilis? Peu importe : mais depuis cette lecture, un doute rétrospectif lui est venu ; le souvenir de vagues douleurs testiculaires éprouvées autrefois dans sa première jeunesse et survenues d'ailleurs spontanément, l'a épouvanté : ce souvenir, il l'a repris, mûri, envisagé sous tous ses aspects, et il y a trouvé la cause de la pharyngite chronique dont il est atteint depuis quelques années. La syphilis étant une maladie génitale et ayant de fréquentes manifestations pharyngées, l'idée qu'il y avait un rapport de causalité entre l'algie testiculaire ancienne et la pharyngite actuelle s'est progressivement et profondément implantée dans son esprit. Il est donc avarié ; cette idée tenace et torturante sera mise par lui à l'origine de tous les troubles physiques qu'il peut éprouver : sa céphalée assez fréquente ne peut que s'expliquer de cette façon, de même, aussi, qu'une congestion pulmonaire dont il a été atteint il y a six ans ; mais, la situation se complique de ce fait grave qu'il croit avoir contaminé sa femme, personne très vigoureuse et d'une santé parfaite d'ailleurs. Qu'elle ait, par exemple, un peu d'acné sur le visage, il regarde douloureusement et en silence l'éruption acuminée, et lorsqu'il a un moment, il va pleurer, dans sa chambre, sur les conséquences fatales de l'affection communiquée. Si le mot n'était trop gros pour être employé vis-à-vis d'un homme, débile certain, mais sans troubles intellectuels, nous dirions qu'il touche au délire de

culpabilité : « Ma pauvre femme, qu'est-ce qu'elle va devenir? Et tout cela c'est ma faute? » Cet état presque mélancolique dure depuis deux ans, soigneusement dissimulé par ce pseudo-malade qui nous a pris pour confident. De nombreuses fois, nous lui avons affirmé que la syphilis n'était pas une affection endogène, qu'elle se manifestait, à son début, par des symptômes beaucoup plus précis qu'une douleur testiculaire, que le critérium de sa virginité conservée jusqu'à son mariage était, dans le cas présent, un critérium infaillible. Rassuré sur le moment, il nous promet de lutter contre cette véritable obsession ; mais bientôt le doute revient entretenu par la lecture anxieuse de tous les journaux et articles médicaux qu'il peut consulter. Actuellement, si nous avons, parfois, la malencontreuse idée de lui demander des nouvelles de sa santé, il ne répond rien, se raidit en vain contre les larmes qui viennent et, finalement, le mouchoir aux yeux, il se laisse sangloter, en une exclamation fréquente, dite pour sa femme : « Pauvre malheureuse ! » Malgré cet état de dépression neurasthénique si marqué, il accomplit son travail journalier d'une façon satisfaisante.

Un dément précoce neurasthénique n'aura jamais une activité hypochondriaque aussi spécialisée et aussi durable. Le malade de notre observation IV a des craintes pathologiques beaucoup plus riches : un jour, c'est l'anémie qu'il redoute ; le lendemain, c'est la méningite qui le guette ; bientôt, c'est l'urémie qui l'attend. La malade de l'observation IX se croit atteinte, elle aussi, de plusieurs maladies d'abord, puis et brusque-

ment, ce sont « toutes les maladies » qui vont la frapper. Le neurasthénique donne, de sa maladie imaginaire, des interprétations logiques tandis que le dément précoce n'explique pas pourquoi il est ou va être atteint ; la malade de l'observation II a peur de devenir folle comme sa sœur, mais elle n'a jamais dit pourquoi : sa réponse invariable est : je ne sais pas. En réalité, lorsqu'on pousse un peu l'analyse des idées hypochondriaques chez le dément précoce, on s'aperçoit rapidement que, « variables et puériles, elles ne présentent pas le caractère d'une crainte ou d'une obsession angoissante comme dans la neurasthénie ».

Bien qu'égoïste, au fond, le neurasthénique n'a pas dans le domaine de l'affectivité les troubles qu'il est si fréquent de noter même au début de la démence précoce. Dans presque toutes nos observations, nous avons trouvé cette « paralysie de la sphère affective » selon l'expression de Tuczek, et nous avons longuement insisté sur la disparition réelle, malgré l'apparence contraire parfois, des sentiments de famille. La lettre de Jeanne D... (obs. II), lettre si encourageante adressée à son père, et son attitude consécutive vis-à-vis de lui sont bien typiques à cet égard, ainsi que nous l'avons vu.

Il semble, en outre, que chez le dément précoce, on rencontre moins souvent la série complète des troubles physiques qu'il est presque de règle de constater dans la neurasthénie ; dans tous les cas, lorsqu'ils existent, ils sont moins nettement et surtout moins longuement accusés par les malades. Sans doute, le dément pré-

coce se plaint souvent de céphalée, mais jamais il ne le fait avec cette douloureuse insistance qui est presque de règle chez le neurasthénique. Ce dernier maigrit souvent et s'en afflige ; le dément précoce supporte, au contraire, l'amaigrissement ou l'embonpoint sans émotion aucune. On pourrait faire les mêmes remarques à propos de la rachialgie, de l'insomnie, des troubles sensoriels, viscéraux, etc. L'analyse somatique, que le neurasthénique fait de lui-même, est d'une précision souvent exagérée : il cherche et établit des relations de cause à effet. Le dément précoce n'essaye même pas de s'analyser, et l'examen médical, s'il n'est pas guidé, dévie à chaque instant.

L'étude de l'état intellectuel du neurasthénique et du dément précoce en puissance donnera des renseignements très intéressants qui permettront de déceler, chez ce dernier, quelques signes avant-coureurs de son affection mentale. C'est en fin de compte, sur cette dernière base que doit reposer le diagnostic non seulement à propos de la neurasthénie, mais à propos, aussi, des autres affections qui pourraient prêter à la confusion. Nous y reviendrons, d'ailleurs, dans un chapitre diagnostique terminal.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC DE LA CONFUSION MENTALE ET DE LA DÈMENCE PRÉCOCE A FORME MÉLANCOLIQUE

Dans leur revue critique : « Confusion mentale et Démence », MM. Toulouse et Mignard écrivent, dès la première page : « La plus grosse difficulté à laquelle un aliéniste soit le plus souvent acculé c'est de savoir et de prouver qu'un individu est atteint de démence (précoce ou vésanique) ou de simple confusion, c'est de pouvoir dire justement, quand un de ces états est à son début, s'il est d'emblée de la démence, ou à quel moment il s'y transforme. » Et c'est un problème toujours très discuté, mais pas encore résolu, que de savoir les limites précises que l'on doit tracer au cadre de la confusion mentale. Il est des auteurs qui n'admettent pas l'existence nosographique autonome de cette affection. Dans une étude récente sur la « Folie confusionnelle et la démence précoce » Ph. Coombes critique, à son tour, la notion clinique de confusion mentale.

Néanmoins, les travaux des auteurs français et surtout, parmi ces derniers, de MM. Chaslin, Séglas, Régis, etc., ont prouvé nettement que l'on devait maintenir l'entité morbide connue sous le nom de Confusion mentale et qu'on appelle aussi Psychose d'épuisement. Nous nous garderons bien d'identifier ces deux termes. Dans quelques-unes de nos observations en effet (obs. II et IV), nous avons mis ce fait en relief que les deux malades, déments précoces certains, avaient été, au début de leur affection, des surmenés, des épuisés physiques et psychiques. Les confus mentaux n'ont donc pas le monopole de l'épuisement originel que cette synonymie paraît leur octroyer à première vue.

En abordant l'étude diagnostique de la confusion mentale et de la démence précoce à forme mélancolique, pour en montrer toute la difficulté, nous dirons que la malade de notre observation II en a imposé pendant un certain temps à notre maître, M. le Dr Leroy, pour une confusion mentale. Il a fallu l'apparition des symptômes si graves dont nous avons parlé, il a fallu surtout la production de cet état de stupeur catatonique que nous décrirons plus loin, pour que le diagnostic de confusion mentale fût définitivement écarté. Il semble bien qu'un des caractères principaux de cette dernière affection réside dans *l'étonnement perpétuel* que manifestent les malades : « Qu'y-a-t-il ?... qu'est-il arrivé ?... qu'est-ce que cela veut dire?... » etc... Ces interrogations étonnées, ou d'autres analogues, il est bien rare que le confus mental ne les fasse pas très souvent, ou ne les répète même à satiété ; il est fréquent de voir sa physionomie

prendre un air de souffrance égarée et qui cherche à se retrouver. Notre démente précoce de l'observation II n'a émis que rarement des interrogations semblables, et nous n'avons jamais trouvé sur son visage l'expression douloureuse qui aurait dû s'harmoniser avec le ton pénible, en apparence tout au moins, contenu dans ces questions exclamatives. Dans le chapitre suivant, nous reviendrons plus longuement sur cette « désharmonie psychique », si fréquemment rencontrée dans la démence précoce. Sans doute, on peut la voir se produire au cours de la confusion mentale, et il serait excessif de faire de cette désharmonie un signe pathognomonique de la démence précoce ; il n'en est pas moins vrai, pourtant, que c'est dans cette dernière psychose qu'elle se montre avec le plus d'intensité et avec le plus de ténacité durable.

Quant à la confusion mentale à forme délirante, lorsque le délire revêt une forme pénible, comme cela est fréquent, sa distinction des états démentiels avec délire mélancolique ne sera pas une chose aisée. Cependant, il est un caractère primordial sur lequel ont insisté tous les auteurs qui ont étudié la confusion mentale ; c'est le *caractère onirique* du délire : le confus a l'air de rêver ; dans l'extériorisation de ses idées délirantes, il semble toujours manifester cet étonnement que nous avons vu plus haut, étonnement qui s'accorde parfaitement avec la désorientation complète qui est la sienne. Deux de nos malades, confuses mentales tout à fait guéries aujourd'hui, se reprochaient l'une, d'être atteinte de lésions infamantes, l'autre, d'avoir commis les pires

crimes ; mais, ces reproches étaient dit d'une voix lente, presque inconvaincue et, en même temps, les malades regardaient les personnes qui les entouraient comme si elles eussent attendu d'elles une confirmation de leurs dires ou une preuve du contraire. Elles n'avaient ni la résignation douloureuse qui est celle du mélancolique en pareille circonstance, ni l'inertie autoaccusatrice du dément précoce.

Nous ne ferons que signaler ici le diagnostic de la démence précoce stupide et de la confusion mentale avec stupeur. Au chapitre X, nous aurons l'occasion de comparer longuement une confuse mentale et une démente précoce, toutes les deux en état de stupeur. Le diagnostic de confusion mentale, concernant la première, a été porté dans le service. Qu'il réponde ou non à une entité morbide nettement définie, cela n'est, en somme, que d'une importance secondaire ; mais il est absolument certain, et la comparaison clinique nous le démontrera, que cette confuse mentale est très différente de la démente précoce. Il s'agit, indiscutablement, de deux maladies distinctes et, au fond, il importe peu de leur appliquer telle ou telle désignation pourvu que l'on prouve qu'elles ne sauraient être confondues l'une avec l'autre.

Un point extrêmement délicat à envisager est celui de la transformation évolutive possible d'une confusion mentale en une démence précoce. Les malades que Farnarier a étudiés dans sa thèse (La psychose hall. aig., th. Paris, 1899) et qui, pour M. Régis, ne sont que des confus mentaux, sont devenus, pour quelques-uns d'entre eux tout au moins, des déments précoces. Dans

de pareils cas, nous trouvons-nous en présence de deux maladies originellement différentes et qui ne font que se superposer? ou bien, la confusion mentale n'est-elle qu'un état psychique prémonitoire, sous la dépendance déjà de la démence future?

D'une façon générale, on peut dire que le diagnostic de la confusion mentale et de la démence précoce présente de très grandes difficultés. Si l'analyse de l'état intellectuel du malade, pratiquée à l'aide des tests et épreuves classiques, est d'un puissant secours diagnostique, l'examen des signes physiques tiré de l'état général du sujet, des modifications sanguines, urinaires et humorales, ne peut que donner des renseignements très importants: de plus en plus l'on tend, en effet, avec M. Régis, et avec beaucoup d'autres auteurs, à considérer la confusion mentale comme une psychose d'origine toxique au premier chef.

CHAPITRE X

MELANCOLIE, PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE ET DÉMENCE PRÉCOCE. ÉTUDE DIAGNOSTIQUE

Krœpelin et ses élèves (G. Dreyfus en particulier) proposent de ranger dans la *folie maniaque dépressive* ou *folie intermittente* les états mélancoliques qui demeurent, après l'attribution à la paralysie générale, à la démence précoce, à « l'involution présénile », etc..., de tous ceux qui leur appartiennent. C'est donc dans la Psychose périodique que le professeur de Munich classe les faits qui constituaient autrefois la Mélancolie pure. Nous avons suffisamment parlé de cette dernière au début de ce travail pour n'avoir pas à y revenir ici : nous dirons simplement qu'il est encore nombre d'auteurs qui admettent l'existence d'une Mélancolie. Le fait, d'ailleurs, pour un accès mélancolique de présenter, à plus ou moins longue échéance, un caractère intermittent ne peut pas transformer son aspect immédiat; en un mot, la condition d'intermittence ou de non

intermittence ne saurait faire varier le tableau clinique de la Mélancolie, à moins, ce qui arrive assez fréquemment, que ne s'y surajoutent des phénomènes à allure maniaque.

Dans l'état actuel de la science, et jusqu'à plus ample informé, on est donc en droit d'appliquer le terme de Mélancolie à certains cas pathologiques qui, par leur physionomie et évolution cliniques, en justifient l'emploi. C'est pour cela que nous diviserons ce chapitre en deux parties diagnostiques : l'une pour la Mélancolie, l'autre pour la psychose maniaque dépressive.

1° *Mélancolie.*

Ce qui caractérise toute mélancolie, « c'est, dit M. Régis, le trouble fondamental affectif, la *douleur morale* avec contraction pénible de l'esprit sur des idées tristes ou terrifiantes » et, dans cette douleur morale, nous trouvons la première et la plus grande des différences cliniques qui séparent le mélancolique banal du dément précoce en état mélancolique :

En règle générale, en effet, on peut poser que le mélancolique souffre alors que le dément précoce ne souffre pas ou souffre peu. Sans doute, ce dernier peut avoir conscience de son vide cérébral, de son anéantissement ; mais, pour peu qu'on l'observe dans ses paroles, dans son attitude, dans ses actes, on ne tardera pas à trouver chez lui ce que Ziehen appelle d'un mot un peu nébuleux : « *la discrépance* » ; d'autres auteurs

disent : « *ataxie intrapsychique* », terme déjà mieux approprié ; Urstein préfère la désignation : « *désharmonie psychique* », laquelle est d'ailleurs assez souvent employée dans le langage psychiâtrique. Tout cela revient à dire en somme que le dément précoce en état mélancolique n'est pas, au fond, le mélancolique qu'il paraît être en surface. Parce que mélancolique, il aura un aspect et un délire tristes mais, *parce que dément, il imprimera et dès le début, à son aspect, à son délire, à ses actes, un cachet spécial et déjà symptomatique.* Le dément précoce mélancolique nous ferait songer volontiers à un comédien, excellent dans la note comique, mais qui serait tout à fait « désharmonisé » dans un rôle tragique. Et ce défaut de parallélisme entre un état mental donné et ses réactions psychiques, défaut sur lequel on ne saurait trop insister, est, pour ainsi dire, la signature de la démence envahissante. « J'ai des sentiments en moi qui ne correspondent pas », disait un malade d'Urstein ; tout est là.

Cette sorte *d'incoordination psycho-réactionnelle*, nous avons essayé de la mettre en lumière dans toutes nos observations. Les faits sur lesquels nous avons insisté dans quelques-unes de nos remarques cliniques (surtout celles qui suivent les obs. I et II) nous paraissent être suffisamment démonstratifs. Dans l'observation IX, nous voyons une malade qui, après avoir passé un lien autour de son cou, crie qu'elle veut se tuer, qu'elle veut mourir ; elle n'oublie qu'une chose, c'est de serrer le lien. Un tel fait est à rapprocher étroitement de ceux qui nous montrent, par exemple, un dément

précoce accompagnant, d'un éclat de rire, un geste ou un acte impulsif de suicide.

Le mélancolique, lui, *n'est pas un incoordonné psycho-réactionnel;* sa physionomie et sa conduite clinique reflètent assez exactement son état dépressif ou délirant. Bien qu'il s'y résolve avec assez de peine, s'il a décidé d'en finir avec la vie, sa tentative de suicide est menée d'une façon adéquate au but poursuivi. Nous avons vu les manœuvres déconcertantes que la malade de notre observation I a employées dans la préparation de son essai de suicide par pendaison. Au contraire, Berthe H... (malade âgée de 26 ans, entrée à Ville-Evrard le 19 février 1907), avait, en sa qualité de mélancolique, autrement conduit sa tentative de suicide.

Elle a profité d'un assez long moment d'absence de son mari pour la mettre à exécution ; elle monte dans sa chambre, ferme à double tour la porte derrière elle ; après avoir soigneusement obturé toutes les ouvertures de la pièce, elle allume un réchaud à charbon, et, dans l'attente de la mort, elle se couche à terre, pressant contre sa poitrine la photographie de son jeune fils. On arrive assez tôt pour la sauver, à son grand regret d'ailleurs. A côté d'elle, et bien en évidence, était une lettre d'adieu, griffonnée à la hâte, et que la malade écrivait à son mari dans les termes suivants :

« Mon cher petit,

« La mort est un soulagement : je ne veux pas, si cela dure encore six mois, que tu sois malheureux ; je te recommande le petit, adieu, au revoir. J'embrasse bien tous mes frères et sœurs,

et papa, et qu'ils soient tous heureux. Pardon, adieu, sois heureux. »

Malgré la brièveté de ces quelques lignes, nous sommes loin, ici, de la froideur familiale absolue qui étonne même, si tôt rencontrée, dans ce qui devait être la dernière lettre de Louise T..., et nous avons insisté plus haut (obs. I) sur la sécheresse affective qui s'en dégage. Au contraire, notre mélancolique n'oublie personne : à tous les siens, elle dit adieu ; pour tous, elle a un souhait de bonheur, une demande de pardon ; et, son affection maternelle demeurant intacte jusqu'au bout, la malade veut entrer dans la mort en serrant sur son cœur la photographie de son fils.

Est-ce à dire que l'on ne constate pas chez le mélancolique, des troubles de l'affectivité ? Tous les auteurs, à commencer par Krœpelin, en ont signalé l'existence. Une malade de G. Dumas disait : « J'embrasse mon fils avec plaisir, mais, quand il n'est pas là, je ne pense jamais à lui. » Dans sa thèse (th. Bordeaux, 1907) Cantin note chez les mélancoliques quelques-uns de ces troubles affectifs. Mais, l'état plus ou moins complet d'indifférence affective ne constitue pas le fond même du sujet ; il est une manifestation de la « paralysie psychique par inhibition » qui est celle du mélancolique, il n'en est pas la cause. Que l'état délirant ou anxieux rétrocède, et l'indifférence rétrocède avec lui. C'est dire que l'affectivité, chez ces malades, est sous la dépendance directe des idées délirantes. De plus, le mélancolique dira, tôt ou tard, les causes de l'indifférence émotionnelle qu'il

pourra manifester et qu'il expliquera. Jamais, nous ne rencontrerons chez lui ces « *brusques explosions émotives* » sans cause et sans lendemain, qui peuvent survenir chez les déments précoces et qui tranchent, de si singulière façon, sur l'état d'indifférence habituel ; on pourrait les comparer à des accès convulsifs, violents et passagers, qui viendraient s'établir sur une paralysie flasque. Encore ici, nous rappellerons le désaccord frappant entre la lettre de Jeanne D..., écrite probablement sous l'influence d'un de ces accès émotifs, et l'attitude si indifférente qu'elle a, deux jours après, vis-à-vis de son père (V. obs. II).

En somme, et sous des aspects multiples, nous retrouvons toujours, dans les manifestations des déments précoces, ce caractère de « désharmonie psychique », plus marquée dans cette affection que dans toutes les autres, et que l'on rencontre, en la cherchant longtemps s'il le faut, à toutes ses périodes.

Il est classique de dire que les hallucinations sont rares dans la mélancolie, et tous les auteurs semblent d'accord là-dessus. En revanche, chez tous nos déments mélancoliques, nous avons noté la fréquence des hallucinations de tous les modes, qui, souvent, s'associent à des troubles cénesthésiques très accusés. Avec les idées délirantes, *polymorphes* et *contradictoires*, elles ont au début une grande valeur pour l'établissement du diagnostic : Parce que dément futur, le mélancolique hébéphrénique ou catatonique aura, dès l'origine, un délire marqué déjà par les stigmates démentiels.

2° Folie maniaque dépressive

Tout ce que nous venons de dire, dans les considérations précédentes, s'applique intégralement aux cas de mélancolie intermittente qui correspondent à la « dépression mélancolique périodique », et, l'inhibition psychique, l'état émotionnel pénible associé à l'indifférence, l'aboulie du mélancolique périodique devront être diagnostiqués d'un état mélancolique démentiel à l'aide des caractères que nous venons d'exposer.

Mais il est toute une série de ces états mélancoliques démentiels qui présentent des difficultés presque insurmontables lorsqu'il faut les différencier de certains états dépressifs circulaires ; ce sont ceux qui sont liés aux *formes circulaires* de la démence précoce : elles ont été bien étudiées par les auteurs allemands, rappelées par M^lle^ Pascal dans son étude sur « les rémissions dans la démence précoce », et reprises par Urstein qui les décrit longuement dans le récent travail auquel nous avons déjà fait allusion. Le problème est très ardu parce qu'il comporte plusieurs données, très délicates elles-mêmes. Et, d'abord, quel est exactement l'état mental d'un dément précoce en rémission ? Aschaffenburg dit nettement que la guérison totale n'existe pas dans cette affection ; tous les cas qu'il a pu examiner « démontraient clairement des traces de maladie ». Que si la rémission est au contraire complète, on ne voit pas bien ce qui sépare le dément mélancolique en rémis-

sion du mélancolique intermittent guéri. Nous ne ferons donc que signaler ces états démentiels circulaires, sur lesquels la vie physiologique ou pathologique paraît avoir une influence causale considérable. Urstein, après d'autres auteurs, signale certains de ces cas qui ont apparu au moment de la puberté pour rétrocéder une première fois, faire une réapparition lors de l'accouchement, et, après une deuxième régression, revenir finalement en scène au moment de la ménopause : et il cite, ainsi, des cas de catatonie tardive. Le même auteur a également remarqué que ces états pouvaient être déclanchés par une ovariotomie chirurgicale. En définitive, ces malades versaient dans la démence. Mais une question doit se poser ici, qui vient inévitablement à l'esprit : de tels malades ne seraient-ils pas des intermittents ordinaires, devenus déments tôt ou tard?

Les formes mixtes de la démence précoce, d'allure maniaco-dépressive, seront, aussi, d'une distinction différentielle très délicate à établir. C'est par l'étude de l'agitation un peu spéciale que manifeste le catatonique, par l'examen journalier des réactions du malade, par la recherche des signes de la démence précoce dont certains peuvent être constatés au début, que l'on pourra arriver à l'établissement du diagnostic. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions décrire ici la physionomie clinique de l'intermittent déprimé, puis maniaque ou réciproquement, physionomie que tout le monde connaît et qui se présente, assez souvent, avec des caractères bien particuliers. Il n'en est pas moins vrai, pourtant, et la clinique le démontre tous les jours,

que nombreux sont encore les cas où *l'évolution de la maladie* constitue le seul critérium diagnostique.

Jusqu'à présent, nous n'avons fait, à dessein d'ailleurs, aucune allusion au diagnostic différentiel entre la stupeur démentielle et la stupeur des mélancoliques simples ou intermittents. A cause de son importance, nous consacrerons le chapitre suivant à ce diagnostic que nous allons essayer d'établir d'une façon avant tout clinique.

CHAPITRE X

LA DÉMENCE PRÉCOCE STUPIDE DIAGNOSTIQUÉE DE LA STUPEUR CONFUSIONNELLE ET DE LA STUPEUR MÉLANCOLIQUE

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté extrême que présente le diagnostic de la forme catatonique de la démence précoce et des états de stupeur qui peuvent se produire au cours de la Confusion mentale et de la Mélancolie. Avant d'aborder l'étude théorique des divers symptômes dont l'ensemble forme un faisceau de preuves qui permettent de rattacher un état stupide à son affection originelle, nous voudrions baser ce diagnostic sur des éléments que peut fournir une comparaison purement clinique. M. le professeur Régis, dans son excellent *Précis de Psychiâtrie*, la recommande avant tout lorsqu'il est possible de l'établir : « Pour se rendre bien compte, dit-il, des difficultés de ce diagnostic (entre la stupidité catatonique et la stupeur lypémaniaque), et, en même temps, pour en saisir les nuances, rien ne vaut, lorsqu'elle est possible, l'étude comparative et

parallèle d'un catatonique et d'un mélancolique, tous deux en état de stupeur. »

Nous avons eu l'occasion d'observer en même temps, dans le service de M. le Dr Leroy, trois malades en état de stupeur, ou tout au moins de demi-stupeur, et dont la physionomie clinique apparaît, au premier abord, sous un aspect à peu près identique dans les trois cas. Présentons d'abord ces malades en quelques mots : l'une d'elles, Jeanne D..., dont nous avons rapporté plus haut l'observation (Obs. II) nous est suffisamment connue. C'est une démente précoce ; tel est, du moins, le diagnostic porté par notre maître, M. le Dr Leroy, après de longues hésitations que l'évolution clinique de la malade a suffisamment justifiées.

La deuxième malade, Charlotte C..., âgée de 21 ans, est entrée à l'Asile de Ville-Évrard le 25 mars 1909.

Voici la teneur des différents certificats qui ont été successivement établis:

Sainte-Anne, 23 *mars* 1909. — « Atteinte de débilité mentale avec hallucinations, idées de persécution, alternatives de dépression avec mutisme et d'excitation. »

Signé : Magnan.

A Ville-Évrard, M. le Dr Leroy note, à la date du 25 mars 1909 la « débilité mentale avec mutisme » et, à la quinzaine, il écrit : « Confusion mentale avec hébétude, mutisme, refus d'aliments, gâtisme ; la malade semble très hallucinée. »

Quelques jours après, il définit nettement son état mental : « *confusion mentale avec stupeur* ».

Disons que l'affection mentale dont est atteinte Charlotte

C..., a été déclanchée par un choc moral. La mère, qui paraît très débile d'ailleurs, nous raconte que sa fille est une enfant naturel ; le père servait une petite pension à la mère et à la fille. En décembre 1908, Charlotte, voulant être reconnue par son père, va trouver ce dernier qui la reçoit dans ces termes: « Je ne veux pas vous reconnaître ; j'aimerais mieux vous tuer et ensuite me brûler la cervelle; j'assurerai cependant votre avenir. » Charlotte aurait même été battue. Bientôt, la pension fournie jusque-là est supprimée ; grand chagrin de la fille qui tombe dans un état de dépression accentuée ; elle pleure souvent et dit que « la tête lui travaille ». Il est nécessaire de mettre en lumière que les deux femmes avaient, au temps où la pension les faisait vivre, un régime alimentaire très restreint lequel devient presque misérable après la suppression de la pension. La mère et la fille en sont réduites à se nourrir d'un peu de pain et de quelques sous de lait. Toutes ces causes combinées: chagrin de se savoir fille naturelle et non reconnue, manque d'argent, misère physiologique, produisent chez Charlotte des troubles cérébraux qui l'amènent à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Ballet (La mère est obligée d'entrer aussi à l'hôpital pour cause d'anémie). Le 22 mars 1909, Charlotte est dirigée sur Sainte-Anne par M. le professeur Brissaud qui constate, chez elle, une « démence furieuse avec excitation ».

Depuis son arrivée à l'asile de Ville-Évrard, l'état de la malade est demeuré sensiblement le même: mutisme absolu que rien n'a pu vaincre jusqu'à présent, pas même l'insistance de sa mère qui vient la visiter souvent; par intervalles la malade gâte et, de temps à autre, on est obligé de recourir à la sonde pour l'alimenter. Depuis sa venue à l'Asile, Charlotte C..., n'a jamais eu d'accès d'agitation.

La troisième malade, Gabrielle C..., âgée de 37 ans, est une mélancolique, intermittente, entrée à l'asile de Ville-Évrard le 5 avril 1907 : les phénomènes mentaux qu'elle présente doivent la faire ranger, manifestement, dans la dépression mélancolique périodique. En somme, son cas appartient à la folie maniaque dépressive. Elle a des accès réguliers de dépression mélancolique avec mutisme, refus d'aliments, anxiété. Par intervalles, aussi, elle gâte, et doit être nourrie à la sonde. Ses accès prennent toujours la forme de stupeur mélancolique. Pendant les périodes normales qu'elle traverse, elle travaille aux ateliers ou s'occupe dans le quartier; elle nous dit alors que, à la base de ses accès, sont des idées d'indignité et de culpabilité. Depuis le mois de mars 1909, la malade est entrée dans une nouvelle phase de dépression mélancolique avec stupeur, la troisième qu'elle a depuis son internement.

Voilà donc trois malades présentant chacune, depuis quelques mois, un état de stupeur qui a beaucoup de points communs : toutes les trois sont dans le mutisme; couchées, elles restent dans leur lit calmes et immobiles ; si on les fait se lever, elles demeurent tout aussi calmes et immobiles ; cependant, ce calme et cette immobilité doivent être caractérisés chez chacune d'entre elles, car ils ont des degrés. Toutes les trois gâtent assez souvent, et assez souvent aussi, il faut recourir à l'alimentation artificielle. D'après ce que nous venons de dire, ces trois états stupides appartiennent à trois maladies causales bien différentes et bien définies en aliénation mentale, jusqu'à présent tout au moins :

L'une, *Jeanne*, est une *démente précoce* au début.

L'autre, *Charlotte*, est une *confuse mentale*.

La dernière, enfin, *Gabrielle*, est une *mélancolique intermittente*.

Il était intéressant pour nous de faire un examen simultané de ces trois malades, de les soumettre aux mêmes excitations, et d'observer leurs réactions respectives. Nous ne prétendons pas avoir creusé à fond l'analyse de ces trois états de stupeur, et si l'on nous dit que notre examen manque de finesse psychologique, nous répondrons que nous mettons les faits d'observation clinique au-dessus de toutes les interprétations psychologiques, pour si fines qu'elles soient. Cet examen simultané des trois malades, nous l'avons pratiqué à plusieurs reprises, dans des conditions analogues, en nous servant à chaque fois des mêmes procédés, simples et rudimentaires ; les résultats de chacun de ces examens sont assez exactement surperposables ; aussi, nous nous bornerons à dire quelles sont les constatations cliniques que nous a fournies l'un d'entre eux.

La petite salle dans laquelle nous examinons nos malades est située au premier étage d'un des quartiers de l'Asile et on y accède par une rangée d'escaliers.

Les trois malades, Charlotte, la confuse, Gabrielle, l'intermittente, et Jeanne, la démente précoce, sont réunies au bas de l'escalier et accompagnées chacune par une infirmière pour aider leur ascension si besoin en est.

En les appelant par leur nom, nous donnons aux trois malades l'ordre de monter. Au bout de cinquante secon-

des, Charlotte, le regard étonné, s'ébranle la première, et, toute seule monte les marches lentement mais régulièrement. Gabrielle et Jeanne ne bougent pas. L'ordre est répété sans plus de succès. Alors, une infirmière prend, par la main, Gabrielle qui se laisse docilement conduire. Nous tendons nous-même la main à Jeanne, mais, dès que nous touchons son bras, elle le retire vivement; il faut que deux infirmières la poussent par le dos pour lui faire monter presque de force, et malgré qu'elle se raidisse beaucoup, la rangée d'escaliers.

Elles arrivent dans la salle d'examen et nous les faisons asseoir, face à nous, sur trois chaises disposées sur la même ligne : Charlotte est assise à gauche, Gabrielle au centre, Jeanne à droite.

Avant de commencer à les observer, nous plaçons dans un coin de la pièce un réveil dont la sonnerie assez puissante retentira soudainement tout à l'heure, au cours de l'examen, et amènera peut-être chez les trois malades quelque réaction.

Dès que les malades ont été assises, nous les avons placées toutes les trois dans la même position : les bras allongés le long du tronc et les mains sur les cuisses. (Il faut dire que ni Jeanne, ni Charlotte, ni Gabrielle n'ont jamais présenté,à l'Asile, de phénomènes de catalepsie ; parfois, chez Jeanne, on trouve une certaine lenteur dans le retrait d'une position donnée, lenteur qui est, peut-être, un signe avant-coureur d'attitudes cataleptoïdes futures).

Il est vraiment curieux et instructif d'observer l'ex-

pression si différente de ces trois physionomies placées l'une à côté de l'autre.

Ce qui frappe, chez Charlotte, c'est l'air étonné du visage : les yeux grands ouverts, les sourcils fortement arqués, elle regarde avec une curiosité certaine les personnes et objets qui l'entourent ; en avant d'elle, sur une petite table, et mises bien en évidence, il y a une machine électrique à grande roue de verre, et une volumineuse bobine de Ruhmkorff qui paraissent l'intéresser un moment ; puis, ses yeux nous fixent nous-même et se portent, bientôt, sur ses deux voisines de gauche, particulièrement sur Gabrielle, dont elle remarque, sans doute, l'aspect anxieux.

Gabrielle, en effet, a le facies mélancolique typique, dont le caractère douloureux paraît plus accusé encore par la maigreur presque squelettique du visage. Quatre plis très marqués lui barrent le front, et les sourcils dessinent, nettement, l'oméga classique ; le pli naso-génien profondément creusé, les commissures labiales tombantes achèvent d'extérioriser l'anxiété morale qui est certainement la sienne. La tête est courbée, dans une attitude d'humilité craintive, et reste immobile. Seuls, les globes oculaires se déplacent de temps en temps en quelques mouvements timides qui la font nous regarder : ce regard à peine osé que la malade jette parfois, achève de compléter toute la douleur qui se dégage de cette physionomie inquiète.

A côté de ce visage, sur lequel se lit une si grande souffrance, l'expression de la physionomie de Jeanne ne traduit rien qu'une indifférence totale. La tête un peu

détournée à droite est fixe, et la pâleur presque cireuse de la face (pâleur qui nous a paru être très fréquente chez les déments précoces) rend plus frappant encore l'air inerte de ce masque figé. Tous les plis du visage sont effacés. Les yeux fixent, sans expression aucune, un point quelconque sur le plancher. Les lèvres, légèrement entrouvertes, ajoutent à cet air d'indifférence quelque chose d'hébété et d'étrange. Si ce n'étaient les mouvements respiratoires qu'un léger soulèvement rythmé de la poitrine rend à peine perceptibles, on se croirait en présence d'un corps momifié.

Pendant trente minutes, rien n'a troublé le silence général, auquel nous participions nous-même, nous bornant à observer les réactions spontanées que pourraient avoir ces trois malades.

Presque aussitôt après avoir été assise, Charlotte fait quelques petits mouvements. Elle ne laisse pas ses deux mains dans la position où nous les avions mises ; elle se gratte les ongles, caresse un bout d'écharpe qui pend sur sa poitrine ; plusieurs fois, le bras étant replié et placé sur le dossier de la chaise, elle soutient sa tête, tantôt avec la main droite, tantôt avec la main gauche. Elle change assez fréquemment de position, se détournant un peu d'un côté et de l'autre; dans le cours de ces trente minutes, elle a croisé, à deux reprises, sa jambe droite sur sa jambe gauche. A aucun moment, elle n'a essayé de se lever, mais elle a suivi des yeux, avec étonnement, les lents efforts que Gabrielle, au milieu de quelques sanglots, a faits pour se mettre debout. Ce changement de la position assise à la posi-

tion debout, effectué par sa voisine comme nous allons le voir, a, sans aucun doute, excité la curiosité de Charlotte ; ses regards vont alternativement de sa voisine à nous comme s'ils sollicitaient une explication.

Gabrielle n'a pas, non plus, conservé la position primitive que nous avions donnée à ses mains. Lentement et par petits coups, elle les ramène l'une vers l'autre, les accole l'une à l'autre en les élevant par une flexion légère de l'avant-bras sur le bras : et ce geste de supplication n'a rien d'étonnant, commandé, sans doute, par les idées d'humilité et d'indignité que nous savons être celles de la malade, lors de ses accès de mélancolie stupide. Au bout de la onzième minute, Gabrielle pousse plusieurs gémissements accompagnés par quelques sanglots, et il est manifeste qu'elle veut se lever ; le torse penché en avant à l'aide de plusieurs oscillations très lentes, elle quitte sa chaise et se redresse avec une lenteur progressive et hésitante. L'accomplissement de tous ces mouvements et le passage à la station debout ont exactement demandé une minute et demie. Debout, Gabrielle nous regarde, les mains jointes, avec une expression anxieuse qui paraît accrue. Trois fois nous lui donnons l'ordre de se rasseoir et elle le fait enfin en une nouvelle série de mouvements toujours lents et hésitants.

Jeanne a gardé invariablement l'attitude primitive ; les mains sont demeurées plaquées sur les cuisses, et avant que Gabrielle ne se levât, on aurait vainement cherché à surprendre chez elle la production d'un mouvement volontaire quelconque. Mais le changement de

position de sa voisine ne lui a pas échappé. Dès que Gabrielle, au prix des efforts dits plus haut, s'est mise debout, Jeanne se lève brusquement, comme mue par un ressort, et les yeux toujours fixés dans la même direction, les bras collés au tronc, elle garde, debout, son attitude raide et figée. Dès que Gabrielle s'est assise à nouveau, Jeanne se rassied aussi, d'un seul coup, comme si quelqu'un l'avait fortement saisie par les épaules pour la jeter sur sa chaise. (Ce mouvement d'*échomimie automatique* qui n'est, en somme, qu'une de ces nombreuses manifestations de suggestibilité décrites par tous les auteurs dans la démence précoce, nous paraît avoir, dans le cas présent, une importance considérable pour l'établissement du diagnostic de cet état stupide. Comme nous le verrons, d'ailleurs, cet élément de probabilité acquiert une très grosse valeur de par son adjonction aux autres éléments cliniques : indifférence, négativisme, etc., et devient presque, avec eux, un élément de certitude). En se rasseyant, Jeanne reprend exactement ses position et attitude primitives.

Nous avions demandé à la surveillante du quartier de venir dans la salle d'examen au bout de trente minutes, et nous lui avions recommandé d'ouvrir et de fermer la porte avec le plus de brusquerie possible de façon à ce que, théoriquement, son entrée ne pût passer inaperçue. La porte est ouverte et refermée à souhait, ainsi qu'il avait été convenu. En entendant la porte s'ouvrir et se refermer brusquement, Charlotte rejette vivement la tête en arrière, et elle essaye de la détourner un peu, comme si elle voulait se rendre compte de ce

qui se passe ; son visage garde toujours l'air d'étonnement que nous avons signalé, avec, en plus, une vague expression de crainte. Gabrielle esquisse avec sa tête un petit mouvement de latéralité, mouvement d'une lenteur pénible et qui s'arrête bientôt ; l'expression de sa physionomie n'a pas changé, mais ses lèvres sont animées de légères trémulations ; on croirait que la malade veut parler, mais nous n'entendons rien qu'un court gémissement. Gabrielle est dans un état d'inhibition psychique évidente. Quant à Jeanne, l'ouverture brusque et la fermeture bruyante de la porte ne modifient en rien l'attitude dans laquelle elle reste invariablement figée.

Quelques minutes après, la sonnerie du réveil éclate brusquement au milieu du silence le plus profond. A ce moment, Charlotte, légèrement penchée en avant, tourmentait avec ses doigts l'extrémité de l'écharpe qui pend sur sa poitrine. L'éclat soudain de la sonnerie la fait se rejeter en arrière sur le dossier de la chaise, en même temps que ses doigts s'arrêtent dans leur mouvement. Les sourcils se sont brusquement surélevés, déterminant, sur le front, la production d'un pli transversal. La paupière supérieure entraînée s'élève légèrement, accentuant l'air d'étonnement surpris que traduit la physionomie pendant tout le temps que résonne le timbre. Quelques secondes après la cessation du bruit, Charlotte se remet à jouer avec son écharpe. Chez Gabrielle, cette sonnerie subite n'apporte aucune modification, en plus ou en moins, à son expression d'anxiété intense ; mais ses membres supérieurs, dans lesquels

se produisaient, par intervalles, de légers soubresauts; sont pris, de l'extrémité à la racine, d'un tremblement rapide et de faible amplitude ; on dirait que la malade frissonne; comme Charlotte, elle a donc perçu nettement le bruit du timbre. Au contraire, tout le corps de Jeanne conserve son immuable inertie. Est-ce à dire qu'elle n'a pas perçu, comme les deux autres, le bruit soudain ? Il est probable qu'elle l'a entendu elle aussi, tout comme elle a eu, sans doute, la notion de la porte bruyamment ouverte et refermée quelques instants auparavant. Si elle n'a pas réagi, c'est parce qu'elle demeure totalement indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, indifférente en apparence tout au moins : un grand nombre d'auteurs insistent, en effet, sur ce point que la plupart des déments précoces paraissent inattentifs, mais remarquent, néanmoins, ce qui se passe autour d'eux. C'est ce que, à plusieurs reprises, Krœpelin affirme dans son *Traité de psychiâtrie* et dans ses leçons cliniques. C'est ce que M. Rogues de Fursac dit aussi en termes très nets : « Chez le catatonique comme chez tout dément précoce, la lucidité n'est que peu ou pas atteinte. Le monde extérieur est perçu d'une façon presque normale : le malade n'est bien souvent étranger qu'en apparence à ce qui l'entoure et, l'accès de stupeur passé, raconte avec une étonnante précision des faits qui semblaient lui avoir totalement échappé. En dépit des apparences, la stupeur catatonique n'est donc point le résultat d'un trouble intellectuel proprement dit, mais bien plutôt, comme l'agitation, d'un trouble volontaire. »

Jusqu'à ce moment, nous n'avions fait nous-même d'autre mouvement que celui d'écrire les observations prises sur les trois malades ; nous ne leur avions pas non plus adressé la parole,sauf à Gabrielle,pour lui dire de se rasseoir lorsqu'elle s'était levée. Après ces réactions que nous venons de dire, réactions qui se sont produites spontanément chez les malades et à la suite d'excitations purement extrinsèques, nous avons voulu comparer les réactions qu'elles auraient vis-à-vis d'excitations qui les intéresseraient plus immédiatement. La première de ces excitations a été celle du tendon rotulien, et cette recherche nécessitait quelques petits actes, dont l'un assez important, chez une femme, au point de vue réactionnel : le soulèvement de la robe jusqu'au-dessus du genou. Dès que Charlotte nous voit approcher la main de ses jambes, elle les retire avec force, dans un mouvement de défense évident ; lorsque la jambe droite est mise à nu, Charlotte, avec ses deux mains, essaye aussitôt de rabattre le bas de sa robe sur la jambe ainsi découverte et sa physionomie prend, avec netteté, un air d'étonnement offensé ; il est logique de penser que le fait d'avoir relevé sa robe jusqu'au-dessus du genou a réveillé, chez elle, un sentiment de pudeur. La tête légèrement fléchie, elle nous regarde toujours étonnée, percuter son tendon rotulien. Cette percussion amène une extension moyenne de la jambe sur la cuisse et ce mouvement inattendu excite, chez Charlotte,un sourire très net. Il nous semble que ce dernier détail a son importance et pour la raison suivante : lorsque l'on percute le tendon rotulien d'un

individu normal, mais qui ignore la réaction motrice et toute naturelle déterminée par un léger choc tendineux ou musculaire, il est bien rare que cet individu, surtout s'il est jeune, n'ait pas un sourire d'étonnement lorsqu'il voit le mouvement réflexe exécuté par sa jambe brusquement étendue. Il nous paraît, par conséquent, que le sourire de Charlotte, parce qu'il est normal, s'ajoute heureusement aux autres symptômes de bon augure qui peuvent permettre d'espérer une guérison plus ou moins prochaine. Chez Gabrielle le relèvement de la robe et la percussion du tendon rotulien ne déterminent aucune réaction de défense ou d'étonnement, mais amènent la production d'un gémissement. Chez Jeanne, pas de défense non plus, ni d'étonnement ; elle demeure absolument inerte jusqu'au moment où la percussion du tendon produit une extension exagérée de la jambe sur la cuisse ; alors, par un phénomène de négativisme contrariant, elle fléchit fortement la jambe, et il nous est impossible de la ramener dans sa position première, position qu'elle reprend automatiquement dès que nous nous éloignons de la malade.

Après avoir posé le marteau à réflexe bien en évidence sur la table qui nous sépare des malades, nous le reprenons lentement de façon à ce que ce mouvement puisse être vu ; Charlotte seule le suit avec une certaine curiosité dans le regard. Nous nous avançons vers elle et, brusquement, nous faisons le geste de lui porter un coup sur la tête ; elle a un violent recul de la tête et un clignotement rapide des paupières ; en même temps, elle ramène ses deux mains un peu en

avant dans un mouvement de protection instinctive. Devant le même geste, Gabrielle réagit par un retrait de la tête et un clignotement des paupières, beaucoup moins marqués que chez Charlotte ; pas de mouvement de défense avec les mains. Chez Jeanne, rien ne se produit : notre geste menaçant ne peut la faire sortir de son inertie rigide.

Le passage d'une flamme devant les yeux détermine chez Charlotte et chez Gabrielle des réactions analogues aux précédentes. Jeanne esquisse, tout d'abord, un petit mouvement de retrait de la tête et a un clignotement des paupières. Mais, tandis que cette même excitation, répétée quelques secondes après, produit les mêmes effets chez les deux premières malades, elle ne provoque plus chez Jeanne aucune réaction.

Nous adressant ensuite à chacune des trois malades successivement, nous leur avons demandé de nous donner la main. Cette demande, répétée à Charlotte dix fois de suite, n'est suivie d'aucun résultat. Alors, nous prenons nous-même la main de la malade : après deux ou trois tentatives assez faibles de retrait, Charlotte, qui regarde toujours avec étonnement, laisse sa main dans la nôtre mais sans la serrer. A la sixième demande, Gabrielle désunit lentement ses mains toujours jointes, et nous tend, avec une lenteur marquée et une hésitation craintive, sa main droite ; mais, avant de nous la donner, elle la ramène lentement sur sa jambe et l'essuie doucement après la robe. Puis, elle nous la donne en des oscillations longues et hésitantes, et nous avons la sensation que ses doigts cherchent en vain à serrer les

nôtres. Le geste de Gabrielle, qui lui fait ramener la main au moment où elle atteignait le but, nous a paru assez intéressant. Comme la main de la malade était très propre et n'avait nul besoin d'être essuyée, nous avons mis cet acte sous la dépendance des idées d'indignité que nous avons dit former la base du délire muet de la malade, durant ses phases de stupeur mélancolique. Si nous soulignons cet acte, c'est pour montrer qu'il n'a rien d'automatique et que, en quelque sorte, il a été raisonné. Jeanne, elle, paraît ne pas entendre la demande que nous lui répétons, dix fois, de nous donner la main ; comme il fallait s'y attendre, cet ordre n'est suivi d'aucune exécution. De même que pour Charlotte, nous prenons nous-même la main droite de la malade ; mais, à peine l'avons-nous touchée qu'elle l'éloigne assez violemment. Malgré cela, nous essayons pendant quelques minutes de la conserver, espérant vaincre, à la longue, un tel négativisme ; mais Jeanne fait des efforts continuels pour la retirer ; force nous est de l'abandonner, et, dès qu'elle est libre, la malade la remet à la même place où nous l'avions prise.

Nous n'aurions pas voulu ne pas tenter l'expérience de l'épingle, que Krœpelin a rendue classique. Charlotte, devant la pointe métallique qui vient menacer sa conjonctive, recule progressivement la tête en même temps que ses deux mains s'élèvent pour protéger ses yeux. A l'expression d'étonnement de sa physionomie fait place un air de crainte qui est tout à fait significatif. Gabrielle a, elle aussi, un léger recul de la tête, devant la pointe menaçante ; mais, cette excitation, comme

les précédentes, d'ailleurs, a surtout pour résultat de provoquer un nouveau gémissement, et la physionomie de la malade conserve, en l'exagérant encore, l'air pitoyable habituel. L'épingle, que nous dirigeons peu à peu sur l'œil droit de Jeanne, ne produit même pas un mouvement du globe oculaire toujours fixé, comme hypnotisé, sur le même point du plancher.

Enfin, l'examen étant terminé, nous faisons ouvrir la porte de la salle, à laquelle les malades tournent le dos. Nous répétons trois fois, à chacune d'elles, l'ordre de se retirer, et, sans plus les solliciter, nous attendons que leur départ se fasse spontanément. La première, Charlotte regarde la porte, puis nous regarde, et fait alternativement ce petit jeu, sans se lever. Gabrielle, de plus en plus anxieuse semble-t-il, s'essaye à soulever un peu sa tête et à la tourner du côté de la porte, en un mouvement d'une lenteur désespérante, coupé d'hésitations nombreuses, et dont l'accomplissement demande deux minutes. Jeanne demeure toujours figée dans son attitude inerte.

A la septième minute seulement, Gabrielle, les lèvres et les bras tremblants, se lève de la même façon qu'elle l'a déjà fait au début de l'examen. Une fois debout, elle finit par se tourner vers la porte mais n'avance pas. Aux oscillations lentes de tout son corps, on sent qu'elle lutte avec elle-même pour se décider à marcher ; par moments, une crispation plus violente des traits paraît traduire les efforts vains et moralement douloureux qu'elle fait pour avancer. Charlotte, qui ne la quitte pas de ses yeux étonnés, se lève à son tour

neuf minutes après l'ordre donné ; elle a quelques secondes d'hésitation, puis gagne la porte d'un pas mou mais régulier. Jeanne qui était, jusque-là, demeurée immobile sur sa chaise, se lève soudainement aussitôt après Charlotte. Elle fait deux pas et attend, roide, derrière Gabrielle encore arrêtée et toujours oscillante en des efforts qui, à la longue, amènent la production de quelques pas petits et lents. Une infirmière la prend alors par la main et la malade sort. Jeanne marche derrière elle, faisant, comme elle, des pas petits et lents. Au moment où Jeanne allait franchir la porte, nous lui disons : « Dépêchez-vous de sortir. » Aussitôt elle s'arrête tout d'un coup, immobile comme une statue ; il est nécessaire que deux infirmières la poussent pour la faire s'éloigner.

Il n'est pas jusqu'à l'alimentation artificielle qui, différemment acceptée ou subie chez les trois malades, ne nous donne des renseignements intéressants à rapprocher les uns des autres. Il faut remarquer, tout d'abord, que Gabrielle a des périodes de refus de nourriture beaucoup plus longues et beaucoup plus suivies que Charlotte et que Jeanne. A aucun moment, nous n'avons alimenté Jeanne pendant plus de trois semaines consécutives ; Charlotte s'est laissé nourrir à la sonde de nombreuses fois, mais jamais pendant plus de quatre jours consécutifs. Au contraire, au moment de son deuxième accès de dépression mélancolique, Gabrielle a dû être alimentée six mois durant. Dans la phase de stupeur qu'elle traverse actuellement, elle a déjà à son actif trente-six jours d'alimentation artificielle régulière-

rement quotidienne, et rien ne fait prévoir qu'il faille l'interrompre prochainement. Mais, beaucoup plus intéressante à comparer est la façon dont chacune de ces trois malades se comporte au moment même où nous les alimentons. Pour cela, nous faisons, à chaque fois, coucher les malades sur un lit très bas. Charlotte se laisse amener docilement jusqu'au bord du lit, puis, légèrement poussée, elle s'assied et on la met, avec assez de facilité, dans la position allongée. Mais, dès que nous approchons la sonde, elle nous repousse avec ses mains, et, malgré que nous l'ayons essayé plusieurs fois, il nous a été impossible d'empêcher, par persuasion, la malade de se défendre contre l'introduction de la sonde ; il est indispensable que ses bras soient maintenus. Pendant la descente de l'instrument de gavage, elle a de brusques et rapides mouvements des lèvres, et son facies congestionné esquisse une grimace qui paraît traduire la sensation désagréable éprouvée par la malade. Gabrielle se laisse amener près du lit avec moins de docilité que Charlotte ; il est très rare qu'elle s'allonge d'elle-même sur le lit, et dans ce cas, elle le fait avec cette lenteur extrême sur laquelle nous avons déjà insisté à plusieurs reprises. La plupart du temps, il faut la faire se coucher ; mais, alors, elle n'oublie jamais, au moment où elle est renversée, d'atténuer, en portant les mains en arrière du tronc sur le plan du lit, sa chute qui, de toutes façons, ne saurait être que bénigne. Lorsqu'elle voit la sonde s'approcher, Gabrielle tente un léger mouvement de défense avec ses mains ; mais, en lui ordonnant fortement de rester tranquille,

on arrive à l'alimenter sans qu'il soit besoin de la maintenir ; à l'heure actuelle, nous pratiquons tout seul l'opération du gavage, la défense verbale suffisant à faire garder à la malade une immobilité presque absolue. Souvent, il est arrivé que Gabrielle a pleuré pendant le passage de la sonde. Avec Jeanne, le tableau change. Il va sans dire qu'il faut l'amener de force auprès du lit, et qu'il est nécessaire de la coucher, de force aussi ; lorsqu'elle n'est pas retenue, elle se laisse tomber sur le lit, comme une masse, et sans aucun mal d'ailleurs ; quand la sonde pénètre dans les fosses nasales, ou bien Jeanne demeure tout à fait inerte, et il en est souvent ainsi, ou bien sa main vient d'un mouvement brusque saisir et rejeter l'instrument avec violence. Mais, que la malade demeure stupide ou qu'elle se montre impulsive, sa physionomie garde toujours le même masque, figé d'indifférence.

Nous ne saurions mieux faire que de donner, maintenant, la courbe du poids de chaque malade depuis le mois de mars, courbe établie d'après les pesées mensuelles. Depuis son arrivée à l'Asile, Charlotte a régulièrement augmenté d'un kilogramme par mois ; en mars, la bascule accuse 50 kg. 1/2 : en octobre, 58 kilogammes. Gabrielle, qui pesait en mars 48 kilogrammes (c'est à cette époque qu'elle est entrée en stupeur pour la troisième fois), diminue progressivement de poids jusqu'en août : son poids est alors de 44 kilogrammes ; c'est depuis ce moment qu'elle est nourrie à la sonde ; la pesée de septembre a donné 45 kilogrammes. Nous connaissons déjà, pour l'avoir signalée dans son observation, la chute considé-

rable du poids de Jeanne qui a diminué de 10 kilogrammes en l'espace de cinq mois. Ces divers rapprochements de poids, nous les donnons pour ce qu'ils valent ; dans les cas présents, la diminution ou augmentation de poids ne nous paraît pas être fonction directe de l'affection mentale des trois sujets. C'est moins un trouble de l'assimilation qu'un résultat surtout commandé par la quantité de nourriture prise par les trois malades. Néanmoins, il n'est pas indifférent de noter que la malade Confuse mange beaucoup d'une façon générale ; que la Mélancolique intermittente se nourrit médiocrement ; que la Démente précoce s'alimente tout à fait suffisamment.

Il ne nous reste plus qu'à comparer, rapidement, chez nos trois malades, les fonctions des différents organes splanchniques.

Le nombre et la qualité des mouvements respiratoires sont normaux, chez Charlotte. L'auscultation du poumon révèle, chez Gabrielle, un affaiblissement général du murmure vésiculaire. Le nombre des mouvements respiratoires est, en moyenne, de 14 à 15 par minute. Ces mouvements deviennent plus fréquents, comme d'ailleurs chez Charlotte, lorsque la malade est sollicitée d'une façon quelconque ; ce fait a, du reste, été signalé par nombre d'auteurs chez les Mélancoliques. Nous savons déjà comment Jeanne respire ; nous nous contenterons d'ajouter que la régularité automatique de ses mouvements respiratoires n'est nullement influencée par une excitation exogène.

Nous ferons les mêmes remarques à propos des bat-

tements cardiaques qui sont augmentés de nombre chez Charlotte et chez Gabrielle, par une excitation générale un peu forte, alors que, dans les mêmes circonstances, le cœur de Jeanne bat selon son rythme habituel. C'est ici que nous devons placer les modifications vaso-motrices qui se manifestent, chez Gabrielle et surtout chez Charlotte, par une rougeur passagère de la face quand, par exemple, on fait aux malades un geste de menace. Le visage de Jeanne conserve, au contraire, son extraordinaire pâleur.

L'état menstruel des trois malades est le suivant : Charlotte, bien réglée avant sa venue à l'Asile, n'a plus revu ses époques depuis son internement (1). Gabrielle, réglée, mais irrégulièrement, durant les périodes normales qu'elle traverse, ne l'est plus du tout pendant ses phases de stupeur mélancolique. Chez Jeanne, et en juin comme nous l'avons dit, un seul écoulement menstruel est apparu, qui a duré cinq jours et qui a précédé de un mois l'entrée de la malade dans la stupeur complète.

Nous signalerons encore que, des trois sujets, c'est Gabrielle qui présente les troubles hypoesthésiques les plus accusés, Jeanne et Charlotte venant ensuite en progression croissante.

Et nous terminerons enfin par un petit détail qui n'est pas sans importance : seule des trois malades, et depuis le commencement du mois de septembre seule-

1. Les règles ont réapparu le 9 octobre et ont duré quatre jours ; l'état mental de la malade demeure stationnaire.

ment, Charlotte s'essaye à s'habiller sans l'aide d'une infirmière ; encore que maladroite et lente dans l'accomplissement de cet acte, nous ne saurions y voir qu'un symptôme de plus en faveur d'un pronostic heureux.

Toutes ces diverses réactions que nous venons d'examiner successivement nous montrent, avec netteté, que les trois malades diffèrent l'une de l'autre : elles nous montrent aussi, et c'est là où nous voulions en venir, que surtout Jeanne diffère de Charlotte et de Gabrielle. Cette distinction aurait encore été beaucoup plus accusée si notre démente précoce stupide présentait les phénomènes de catalepsie qui ont été signalés au début (1). Si, comme il est probable, ces phénomènes réapparaissent un jour ou l'autre, ils ne sauraient être considérés que comme un élément clinique intéressant, ayant une valeur diagnostique non pas en soi, mais de par son adjonction à toute la série des symptômes démentiels que notre examen clinique a mis en valeur. Nous savons, en effet, que la catalepsie n'est pas un apanage de la démence précoce. On la retrouve, en effet, dans de nombreuses affections mentales. Il y a longtemps, M. le professeur Brissaud, le premier, attira l'attention sur les « attitudes cataleptoïdes » que l'on peut rencontrer dans quelques cas relevant de la médecine générale. Ces derniers faits sont-ils sous la

1. C'est un fait acquis aujourd'hui ; depuis le 14 octobre, par la réapparition de phénomènes de catalepsie très marqués, sont réunis, chez cette malade, tous les signes classiques de la catatonie.

dépendance d'une intoxication? L'hypothèse est logique mais insuffisante; il faut autre chose, et c'est, pour le professeur Brissaud, « *un état psychique spécial* sans lequel les attitudes cataleptiques deviendraient presque irréalisables, et par conséquent, sans lequel aucune substance toxique ne serait capable de produire, à elle toute seule, la flexibilité cireuse des muscles ».

Pour terminer ce chapitre, nous allons résumer, en quelques lignes, les principaux caractères que nous a révélés le triple examen clinique précédent.

Charlotte, la confuse mentale, présente un *étonnement* manifeste : elle remarque, regarde, et avec un air de surprise, comme si elle cherchait à s'éveiller d'un état de rêve. Nullement indifférente, c'est elle qui, des trois malades, a des réactions qui se rapprocheraient le plus de la normale. Parfois, négativisme, mais *seulement ébauché* et facilement vaincu, du reste.

Gabrielle, la mélancolique, a une expression de physionomie qui dit, à elle seule, la nature de l'affection dont elle est atteinte. Son facies anxieux serait presque superposable, avec quelques nuances particulières cependant, aux remarquables photographies de la douleur physiologique et expérimentale que l'on voit dans le bel Atlas de Duchenne de Boulogne. Elle est et demeure, avant tout, une « inhibée psychique », prostrée par une sorte de paralysie mentale qu'on peut vaincre après de longs efforts. Pas de négativisme chez elle, ni d'automatisme, mais une *extrême lenteur des réactions* qui se montrent toujours adéquates au substratum mental que nous savons être le sien.

Chez Jeanne, la démente précoce, nous trouvons, presque au grand complet, *le syndrome catatonique* caractérisé par : une *stéréotypie* invincible de l'attitude, une tendance à *l'immobilité cataleptoïde*, une *inertie absolue*, un *négativisme* intense, une *suggestibilité* typique. Sans doute, on peut rencontrer le syndrome catatonique dans des affections mentales diverses ; mais, comme le dit si justement M. Séglas : « En pareille circonstance, il est le plus souvent réduit à quelques-uns de ses éléments, et se montre, en général, à titre d'épiphénomène transitoire ; c'est dans la démence précoce seule qu'il acquiert un complet et durable développement. »

CHAPITRE XI

ÉLÉMENTS DIAGNOSTIQUES GÉNÉRAUX

Les états mélancoliques du début de la démence précoce se présentant avec les caractères que nous avons vus précédemment peuvent, lorsque ces caractères sont nettement accusés, être diagnostiqués avec une relative facilité. Mais, dans la plupart des cas, le diagnostic a besoin d'être serré de près et consolidé par la recherche de certains phénomènes démentiels qui existent à cette période, et qu'il faut s'appliquer à découvrir. Parmi les signes dits avant-coureurs de la démence précoce, il en est qui sont fréquemment constatés. Non pas qu'ils aient chacun, en soi, une valeur diagnostique suffisante et sans réplique ; force nous est bien d'avouer qu'il n'est pas de signe pathognomonique de la démence précoce et que le diagnostic de cette affection doit être basé, à quelque période qu'on l'envisage, sur l'ensemble des symptômes dont la réunion donne à la démence des jeunes gens une physionomie originale. Néanmoins, dès le début de la maladie, il est certaines

manifestations cliniques qui ont, au point de vue diagnostique, une importance indéniable.

C'est d'abord le *rire*, sur lequel Hecker attira le premier l'attention et qui, *explosif*, survient sans *motif* et n'est accompagné d'aucun élément émotionnel. Par sa brusquerie, par son inopportunité, ce rire ne laisse pas que de surprendre. Nous l'avons noté, à plusieurs reprises, chez quelques-unes de nos malades, et avec les caractères précédents.

Nous avons vu aussi, que l'état mélancolique de trois de nos malades avait été accompagné par des *fugues*. Au début de la démence précoce, elles en sont un des signes avant-coureurs, et MM. Deny et Roy qui les ont spécialement étudiées, les caractérisent ainsi : « Ce sont des impulsions non irrésistibles, subconscientes, n'entraînant pas d'amnésie consécutive, mais accomplies sans but précis et sans méthode, avec tendance à la stéréotypie. »

Dans plusieurs de nos observations, nous avons signalé aussi des *impulsions*, des *tics* et *grimaces*, de la *negligence* dans la tenue des malades. Ces phénomènes, constatés au milieu d'états mélancoliques qui sentent déjà la démence, constituent des probabilités nouvelles en faveur d'un diagnostic qui ne demande qu'à se préciser.

Nous ne saurions passer sous silence les renseignements que peuvent fournir certaines recherches cliniques chez le dément précoce. Sandri, Pighini et Paoli, en étudiant le sang de ces malades ; d'Orméa, en analysant certains principes chimiques dans leur urine ; Trepsat,

en étudiant la série des divers troubles physiques qu'ils peuvent présenter ; Bumke, Frœderstrœm, en établissant, chez eux, l'existence de quelques phénomènes pupillaires, ont fait des constatations intéressantes, mais d'une faible valeur diagnostique.

C'est par l'ensemble de tous les éléments cliniques que l'on arrivera à reconnaître comme tels les états mélancoliques symptomatiques d'une démence précoce. Mais, il est nécessaire de dire que, dans l'état actuel de la science, le critérium de certitude diagnostique ne saurait être fourni que par *l'évolution* de la maladie ; c'est à elle seule qu'il appartient de confirmer le plus souvent, mais quelquefois aussi, de redresser le diagnostic porté.

CONCLUSIONS

1° Les états mélancoliques sont très fréquents au début de la démence précoce où on les rencontre dans la moitié des cas environ, et plus souvent dans la forme catatonique que dans les autres ;

2° Ils ne sont jamais purs: on les trouve, la plupart du temps, accompagnés par des idées délirantes qui n'ont aucune teinte mélancolique, et presque toujours aussi par des hallucinations ;

3° Leur évolution est généralement rapide, se faisant en quelques mois. S'ils durent plus longtemps, ils passent alors au second plan dans le tableau clinique ;

4° Même au début, ils portent *en eux l'empreinte démentielle*, soit par les réactions qu'ils déterminent, soit par la concomitance de symptômes qui font présager la désagrégation intellectuelle irrémédiable ;

5° Ils peuvent se présenter, cliniquement, sous la forme de dépression simple ou anxieuse, sous la forme délirante, ou sous la forme stupide, cette dernière étant celle dont le diagnostic est le plus malaisé ; la stupeur de la Confusion mentale, de la Mélancolie, de la Psychose maniaque dépressive ne pourra en être distinguée que par la recherche minutieuse du *syndrome catatonique* dont la valeur diagnostique, en faveur de la démence précoce, est d'une importance capitale.

Vu : le Président de la thèse
BRISSAUD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albrecht. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la démence précoce (*All. Zeit. f. Psych.*, 1905).

Aschaffenburg. — Die Katatoniefrage (*All. Zeit. f. Psych.*, 1904).

Gilbert Ballet. — Traité de psychologie mentale.

Brissaud. — Urémie cérébrale avec attitudes cataleptoïdes (*Sem. méd.*, 1893, n° 17). La catalepsie symptomatique. (*Progrès médical*, 1903, n° 1).

Brosius. — Die Katatonie (*Allg. Zeit. f. Psych.*, XXXII, 1877).

Bumke. — (Congrès des nat. et méd. allemands. Dresde, 1907. *Monats. f. Psych.*, XXII, 1907).

Claus. — Catatonie et stupeur (Rapport présenté au congrès de Bruxelles, août 1903).

Clament. — Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale (*Th. Paris*, 1883).

Capgras. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile (*Th. Paris*, 1900).

Christian. — De la démence précoce des jeunes gens.

Chenais. — Recherches sur les symptômes de la démence précoce (*Th. Paris*, 1900).

Cantin. — Contribution à l'étude de l'affectivité dans la mélancolie (*Th. Bordeaux*, 1907).

Deny et Roy. — La démence précoce.

G. Dumas. — Les états intellectuels dans la mélancolie (Alcan, 1895).

Dheur. — De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques (*Th. Paris*, 1896).

Dromard. — Sur la genèse de la formule motrice dans la stéréotypie (*Institut psychologique*, 1904).

Mutisme et sitiophobie (*Annales méd. psych.*, 1905).

Daraskiewicz. — Uber Hebephrenie inbesondere deren picheren form (Dorprat, 1874).

G. Dreyfus. — La mélancolie considérée comme une manifestation de la folie maniaque dépressive (Iéna, 1907).

Farnarier. — La psychose hallucinatoire aiguë (*Th. Paris*, 1899).

Finck. — Beitrag Zur Kentniss der Jugendirresein (*Allg. Zeit. fur. Psych.*, 1880, p. 490).

Finzi et Vedrani. — Della demenza precoce (*Riv. sp. di. fren.*, t. XXV, p. 1899).

Frœderstrœm. — Les mouvements de l'iris constituant les équivalents de processus psychiques (*Monats. f. Psych.*, XXIII, 5, 1908, congrès de Dresde, 1907).

P. Janet. — État mental des hystériques. Les stigmates mentaux (Bib. méd., Charcot-Debove).

Kahlbaum. — Die Catatonie oder das Spannungsirresein (1874). Gruppirund der psychischen Krankheiten, 1863.

Hecker. — Die Hebephrenie (*Virchow's Arch.*, t. L, II, 5, 394-429).

Krœpelin. — Traité de Psychiâtrie.

— Introduction à la psychiâtrie clinique (trad. A Devaux et P. Merklen) (1907).

Kéraval. — La pratique de la médecine mentale.

— La valeur des symptômes cardinaux de la démence précoce (*Encéphale*, oct. 1907).

Krafft-Ebing. — Traité clinique et pratique des maladies mentales.

Lalanne. — Des états anxieux dans les maladies mentales (Congrès de Grenoble, 1902).

Louvrier. — De la paralysie générale juvénile (*Th. Paris*, 1907).

Morel. — Traité des maladies mentales.

Massélon. — Psychologie des déments précoces (*Th. Paris*, 1902).

— La démence précoce.

— La mélancolie (Alcan, 1906).

Magnan et Legrain. — Les dégénérés.

Moussous. — Essai sur la pathogénie du suicide (*Th. Bordeaux*, 1900).

Monod. — Formes frustes de la démence précoce (*Th. Paris*, 1900).

Meeus. — De la démence précoce (*Journal de neurologie*, nov. 1902).

Meyer. — *Berliner Klinishe Wochenschrift*, 1901.

Mairet. — De la démence mélancolique (Montpellier, 1883).

Neisser. — Ueber die Katatonie (Stuttgard, 1887).

D'Orméa. — Le calcium et le magnésium dans les urines des déments précoces (*Giorn. de Psich. clinica*, nos 1-2, 1906).

Pighini et Paoli. — Sur une forme spéciale des globules rouges du sang dans la démence précoce (*Rev. di freniatria*, 1905).

Pascal (Mlle). — Pseudo-neurasthénie prodromique de la démence précoce (*Presse médicale*, 19 janvier 1907).

— Formes mélancoliques de la démence précoce (période initiale) (*Archives de neurologie*, avril 1907).

Régis. — Précis de Psychiâtrie.

Rogues de Fursac. — Manuel de psychiâtrie.

Riche (A.). — Diagnostic et traitement des états neurasthéniques (Baillière, 1908).

Roubinovitch et Toulouse. — La mélancolie.

Sérieux. — La nouvelle classification des maladies mentales du professeur Krœpelin (*Revue de psych.*, avril 1900).

— La démence précoce (*Revue de psych.*, juin 1903).

Serge Soukhanoff. — Sur la mélancolie alcoolique (*Encéphale*, avril 1908).

Séglas. — Leçons cliniques.

— Catatonie et démence précoce (*Nouvelle inconog. de la Salpêtrière*, août 1902).

— Démence paranoïde (*Annal. méd. psy.*, 1900).

Sandri. — La formule leucocytaire dans la démence précoce (*Encéphale*, mars-avril 1906).

Schule. — Traité des maladies mentales (Trad. Dagonet et Duhamel).

Sterz. — (*Iahrb. f. Psych.*, 1879, I, p. 79).

Souques et Sollier. — Un cas de mélancolie cataleptiforme (*Nouvelle incon. de la Salpêtrière*, 1890).

Trepsat. — Étude des troubles physiques dans la démence précoce (*Th. Paris*, 1905).

Tahier. — Stupeur mélancolique et stupeur catatonique (*Bordeaux, Th.* 1903).

Toulouse et Mignard. — Confusion mentale et démence (*Rev. de Psych.*, août 1908).

Urstein. — Dementia precox und ihre stellung zum manish, depressiven. Irresein (eine Klinische studie Berlin, 1909).

A. Voisin et Burlureaux. — De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale (1880).

Weygaudt et Roubinovitch. — Manuel de psychiâtrie.

Ziehen. — Die Erkennung und Behaudlung der melancolie in der Praxis (1896). Situation clinique de psychoses anxieuses (Société psych. de Berlin, 14 oct. 1907) (*Encéphale*, avril 1908).

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.